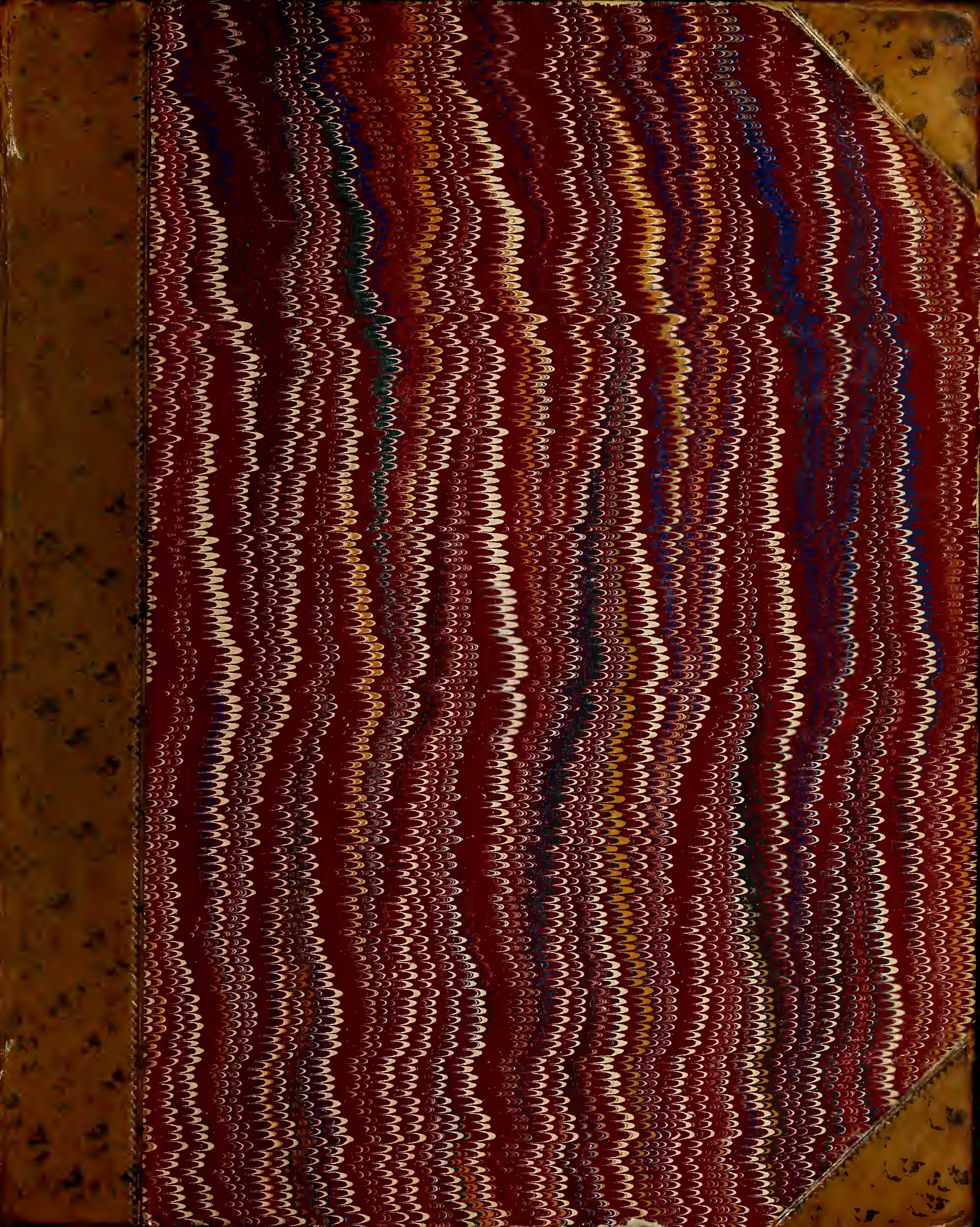


* Fa 10.20

R36495

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21936808

MÉMOIRE

SUR LES

ALLONGEMENTS HYPERTROPHIQUES

DU COL DE L'UTÉRUS,

DANS LES AFFECTIONS DÉSIGNÉES

SOUS LES NOMS DE DESCENTE, DE PRÉCIPITATION DE CET ORGANE,
ET SUR LEUR TRAITEMENT
PAR LA RÉSECTION OU L'AMPUTATION DE LA TOTALITÉ DU COL,
SUIVANT LA VARIÉTÉ DE LA MALADIE,

Par P.-C. HUGUIER,

Membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société impériale de chirurgie,
chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.

Avec treize planches lithographiées.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

LONDRES, HIPP. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET. | NEW-YORK, BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1860

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon n° 2

SUR LES

ALLONGEMENTS HYPERTROPHIQUES

DU COL DE L'UTÉRUS,

DANS LES AFFECTIONS DÉSIGNÉES

SOUS LES NOMS DE DESCENTE, DE PRÉCIPITATION DE CET ORGANE,
ET SUR LEUR TRAITEMENT
PAR LA RÉSECTION OU L'AMPUTATION DE LA TOTALITÉ DU COL,
SUIVANT LA VARIÉTÉ DE LA MALADIE.

INTRODUCTION

Si l'appareil utéro-ovarique, à une certaine époque de la vie de la femme, exerce une si grande influence sur ses mœurs et ses habitudes; s'il la résume à ce point que Van Helmont ait pu dire, sans être taxé de trop d'exagération : « *Propter uterum solum mulier id est, quod est,* » il ne résume pas moins la perfection organique. Appelé à l'entretien de l'espèce, c'est-à-dire à l'accomplissement des plus hautes fonctions, il devait être tout à la fois, ce qu'il est en effet, un appareil de création, de transmission, de réception, de nutrition et d'expulsion, n'ayant avec l'individu qui le renferme que des connexions nerveuses et vasculaires destinées, les unes à faire subir sa puissance, les autres à apporter les matériaux de sa nutrition propre et de celle du fruit qu'il doit développer.

Au milieu de l'organisme individuel, l'utérus est en quelque sorte un être à part, qui, en raison de l'importance, de la multiplicité et de la variété de ses actes spéciaux, jouit de la faculté de changer de situa-

(1) Voyez la discussion soulevée dans le sein de l'Académie, lors de la lecture de ce mémoire (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1859, t. XXIV, p. 592, 672, 727, 771).

tion, de direction, de volume, de connexion, de forme et d'organisation, selon ses besoins, modifiant même profondément la région de l'économie qui le recèle, afin de mieux remplir les fonctions qui lui sont dévolues. De là la diminution de la hauteur du bassin de la femme, l'ampliation de certains diamètres de cette cavité et de ses échancrures, la brièveté de la symphyse pubienne, la longueur du torse, etc., etc.; de là aussi, dans les dispositions qui lui sont propres, la nécessité de communiquer largement avec le monde extérieur, d'avoir une grande vascularité artérielle, veineuse et lymphatique, d'avoir autour de lui de l'espace, et de n'être uni aux parties voisines et contractiles que par des liens lâches, flexibles, élastiques, qui lui permettent tous les déplacements nécessaires à l'accomplissement régulier des phénomènes de la génération.

Mais, lorsque ces modifications et ces dispositions spéciales sont portées trop loin, lorsqu'elles ont été altérées par une mauvaise constitution, par un abus des fonctions de l'appareil générateur, par des accouchements nombreux ou difficiles, ou bien enfin par des habitudes professionnelles particulières, elles deviennent la cause la plus puissante d'un grand nombre d'affections, parmi lesquelles nous devons placer en première ligne l'engorgement chronique, l'hypertrophie et la précipitation plus ou moins complète de l'organe gestateur hors des voies naturelles, sans parler de celles qui peuvent atteindre les parties qui lui sont annexées.

De toutes les maladies qui peuvent ainsi frapper l'utérus je ne m'occuperai, dans ce travail, que de l'hypertrophie et de la descente de cet organe que les auteurs ont désignée sous le nom de *chute* ou *précipitation.*

On pensait jusque dans ces derniers temps, et beaucoup de praticiens des plus distingués pensent encore aujourd'hui, que l'apparition du museau de tanche à la vulve, la sortie d'une plus ou moins grande portion de la matrice hors des organes génitaux externes, sont le résultat d'un déplacement de cet organe, d'un abaissement en masse, ou d'une véritable précipitation de la matrice en totalité. Mais, quelle que soit, à cet égard, la manière de voir des hommes les plus habiles, on peut assurer et démontrer que c'est à une fausse interprétation de la majorité des faits qui ont été observés qu'il faut

attribuer cette opinion. Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé, et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas parce qu'elle est abaissée dans son ensemble et complétement sortie de l'enceinte pelvienne, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général. La meilleure preuve que l'on puisse en donner, c'est que, dans presque tous ces cas, le corps de la matrice reste à peu près dans sa situation normale, et que, si, examinant la tumeur avec soin, on vient à mesurer la cavité utérine à l'aide de l'hystéromètre ou de tout autre instrument approprié, on constate facilement cet allongement. On peut également s'assurer de la présence du corps de l'organe dans le bassin par la palpation attentive de la tumeur et l'introduction d'un ou de deux doigts dans le rectum. Plus loin je dirai quelles ont été les causes de l'erreur.

Notre intention n'est pas de nous occuper ici de toutes les espèces d'hypertrophies utérines, générale ou partielle, d'examiner cette affection dans ses détails anatomo-pathologiques et séméiologiques, mais seulement d'étudier l'*hypertrophie longitudinale*, celle qui simule, accompagne ou détermine la descente et la chute de la matrice. Nous mettrons également de côté les allongements hypertrophiques qui sont déterminés par la traction et la pression que les tumeurs ovariques et celles qui sont au voisinage de l'utérus peuvent exercer sur cet organe, allongements qui sont fréquents, mais qui ne se rencontrent presque jamais avec la chute ou la précipitation.

Dans l'hypertrophie longitudinale de l'utérus, il faut admettre quatre variétés. La première porte sur le corps de l'organe seulement et peut être une véritable cause d'abaissement ou de descente ; nous nous contenterons de la signaler, ne la faisant pas rentrer dans le plan de ce travail. — La seconde envahit uniquement le museau de tanche ou la *portion sous-vaginale du col*, et simule l'abaissement ou la descente de l'utérus. — La troisième envahit presque la totalité du col, mais surtout sa portion supérieure ou *sus-vaginale*. — Cette troisième espèce peut exister quelquefois avec celle du corps de l'organe, ce qui constitue la quatrième variété de l'hypertrophie longitudinale. Ce sont principalement ces deux dernières variétés qui simulent la précipitation com-

plète, et qui peuvent l'accompagner quand, par hasard, elle existe. Les deux variétés principales de l'hypertrophie longitudinale, la *sous* et la *sus-vaginale*, constituent en quelque sorte deux maladies différentes, bien que leur nature soit la même, et qu'elles aient pour point de départ un trouble, une lésion de la nutrition. Leurs causes, leur mécanisme, leurs symptômes, les accidents qu'elles peuvent déterminer, et même le traitement qu'elles réclament, sont tout à fait différents, d'où la division de ce mémoire en deux parties.

Division nullement factice et faite pour faciliter la description des faits; mais qui existe bien réellement en pathologie, au point qu'on pourrait presque dire que l'existence de l'une de ces affections exclut celle de l'autre.

PREMIÈRE PARTIE.

Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col (museau de tanche). — Planche I.

Dans cette affection, le col utérin forme dans la cavité vaginale une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture du vagin, ou même s'engage entre les lèvres de la vulve, sans que le conduit vulvo-utérin soit invaginé ou renversé sur lui-même. Aussi le doigt introduit dans les organes sexuels reconnaît-il que l'extrémité supérieure du canal est placée aussi haut ou presque aussi haut qu'à l'état normal. Ce sont là deux grands caractères, l'absence d'invagination et la conservation de la hauteur du vagin, qui à eux seuls suffisent pour différencier cette lésion de l'abaissement et de la descente de la matrice avec lesquels on l'a généralement confondue jusque dans ces derniers temps. Je n'en veux pour preuve que les malades qui me sont très souvent adressées par des praticiens distingués comme atteintes de descente et de chute de la matrice, lorsqu'elles n'ont qu'un simple allongement hypertrophique du museau de tanche; les deux malades que j'ai trouvées dernièrement dans la division des incurables de la Salpêtrière, et qui ont été admises, comme le montre le registre de l'établissement, pour des chutes ou prolapsus de la matrice; enfin le silence que gardent en général, à cet égard, les auteurs tant anciens que modernes sur cette espèce d'hypertrophie que

j'ai observée et décrite, pour la première fois, le 12 mars 1844 (voy. obs. 1).

Cependant, lorsqu'on se livre à des recherches bibliographiques sur ce sujet, on ne tarde pas à se convaincre que, bien que cette lésion n'ait été décrite par aucun auteur, on la trouve çà et là mentionnée dans les ouvrages qui ont été publiés depuis le milieu du dernier siècle. C'est ainsi que Morgagni me paraît être le premier qui en ait fait mention. Dans la XLVe lettre de son ouvrage *De sedibus et causis morborum*, dans laquelle il traite tout à la fois de la descente, du renversement et de la montée de la matrice, il dit, art. 7 : « Prié d'examiner les parties natu-
» relles d'une femme honnête, âgée de vingt-cinq ans, pour reconnaître
» ce que c'était qu'un corps cylindrique, semblable à un pénis, qui était
» pendant dans l'intérieur du vagin, je vis aussitôt que c'était le col de
» l'utérus qui était descendu au-dessous de la partie moyenne du vagin.
» L'orifice utérin était étroit, eu égard à ce qu'il appartenait à une
» femme mariée, laquelle toutefois n'avait jamais eu d'enfants, et il avait
» presque la forme d'un cercle : j'en vis sortir un peu de sang; car la
» femme avait été dans ses mois tout nouvellement. »

Malgré ce passage qui semble appartenir à l'affection qui nous occupe, je suis convaincu que Morgagni l'a confondue avec une véritable descente de la matrice, car il en parle dans la partie de sa lettre où il s'occupe de la chute de l'utérus sans renversement, et il le cite comme un cas de descente de la matrice observé par lui sur la femme vivante; puis immédiatement il rapporte des cas de descente de l'utérus trouvés sur des cadavres de femelles d'animaux et sur celui d'une vieille femme.

Ségard rapporte qu'à Brest, en 1780, un allongement du col fut pris par un chirurgien pour un polype de l'utérus; que, malgré son opposition, on appliqua une ligature sur ce prolongement, au sommet duquel on voyait l'ouverture de la matrice. La malade succomba à une inflammation de l'utérus et du péritoine. L'autopsie confirma le diagnostic porté par Ségard (1).

D'après Buisson, Bichat aurait rencontré deux ou trois fois ce prolongement du col sur des cadavres, et lui-même l'a observé sur une malade à laquelle un praticien célèbre avait appliqué un pessaire, parce qu'il la croyait atteinte de descente de la matrice.

(1) Ségard, *Dissertations sur les polypes utérins.* Paris, 1804, p. 16.

Le professeur Lallement disait en avoir vu plusieurs exemples sur les vieilles femmes de la Salpêtrière, ce que je crois très volontiers, puisque j'en ai observé deux cas dans une visite que j'ai faite tout récemment dans le service des incurables appartenant à mon savant collègue M. Cazalis, qui a mis ce service à ma disposition avec un empressement et une bienveillance dont je ne saurais trop lui savoir gré.

Dugès et Boivin en ont représenté (1) un exemple qui existait, d'après eux, avec un prolapsus de la matrice : aucune description n'accompagne le dessin.

Chélius, dans son chapitre consacré à la chute de la matrice, dit : « Quelquefois on remarque que le col de l'utérus déplacé est allongé d'une manière toute particulière, qu'il se termine par un sommet arrondi assez analogue au pénis ; il fait saillie entre les parties génitales externes ; à son extrémité se trouve le museau de tanche, et par son ouverture on peut introduire une sonde à la profondeur de 6 pouces et au delà (2). »

Lisfranc connaissait aussi cet allongement du col ; mais, ainsi que Bichat, il le considérait comme une anomalie anatomique.

Ce sont là autant d'assertions ou de faits bruts qui, pour ne pas avoir été décrits ni considérés sous le rapport des troubles fonctionnels qu'ils déterminent, des affections qu'ils simulent et des soins qu'ils réclament, sont passés inaperçus dans la science. Désormeaux seul, inspiré par ses lectures et la traduction de Morgagni qu'il avait tant médité, s'est livré à quelques réflexions sur le diagnostic différentiel de l'allongement du col d'avec la chute de l'utérus. Mais, comme nous le démontrons plus bas, le peu de mots qu'il en a dit est plus propre à propager l'erreur qu'à la dissiper.

Dans le peu de mots que M. le professeur Moreau nous a laissés sur ce sujet, dans son *Traité pratique des accouchements* (Paris, 1838), on voit qu'il a suivi les mêmes errements que Désormeaux.

Ph. Boyer, dans les notes qu'il a ajoutées à la 5e édition de l'ouvrage de son père, publié en 1846, en a rapporté deux exemples auxquels il a appliqué avec raison la résection du col. Il a aussi fait connaître quelques caractères de cette affection.

(1) *Traité des maladies de l'utérus.* Atlas, planche XI.

(2) *Traité de chirurgie*, traduction de J. Pigné, t. I, p. 443.

Les professeurs Virchow et Scanzoni se sont occupés, dans ces derniers temps, de cette maladie : le premier, sous la dénomination de prolongement en forme de trompe ou de polypes des lèvres de l'orifice ; le second, sous celui d'hypertrophie primitive.

Cette affection peut exister passagèrement pendant la grossesse et être le résultat de l'hypernutrition dont l'utérus est le siége à cette époque, comme Leroux (de Dijon) en a rencontré quelques cas; mais le plus ordinairement on l'observe chez les femmes hors l'état de gestation : c'est d'après les faits observés sur ces dernières que nous allons en donner une description.

Les caractères physiques et anatomo-pathologiques de la maladie sont les suivants : — Elle se présente sous la forme d'une tumeur allongée, cylindroïde, conoïde ou ovoïde, dont la longueur varie de 4 à 7 centimètres, suivant qu'elle est en voie de développement ou qu'elle est arrivée à la dernière période de son évolution. En général, chez les filles et chez les femmes encore jeunes qui n'ont pas eu d'enfants, elle affecte la forme d'un conoïde très allongé et régulier, dont la base répond à l'insertion du vagin ; le sommet est arrondi, légèrement convexe et percé à son centre d'une petite ouverture circulaire, en étoile, ou dirigée transversalement. Au contraire chez les vieilles femmes, et chez celles qui ont eu plusieurs enfants, elle se rapproche le plus souvent de la forme cylindrique. Le sommet de la tumeur est en général plus irrégulier que dans le cas précédent; il offre distinctement les deux lèvres du col plus développées, et la fente qui les sépare est plus prononcée, ou il présente deux, trois et quelquefois quatre mamelons au centre desquels se trouve une ouverture dont l'aspect varie à l'infini. Il peut même arriver que ce sommet (partie libre) soit plus volumineux que la base de la tumeur, ce que j'ai vu une fois, et il est bon d'être bien prévenu de ce fait afin de ne le pas prendre pour un polype du col. Lobstein en a décrit un cas trop curieux pour que je ne le rapporte pas ici ; il dit, tome Ier, page 57 : « Le col de l'utérus a une longueur de » trois pouces une ligne; en descendant il s'élargit, et sa cavité se dilate, ce » qui lui donne à sa partie inférieure une largeur d'un pouce sept lignes. » Au premier aspect on dirait que cette pièce est composée de deux » matrices qui se touchent par leurs cols : on n'y découvre aucun changement de tissu. » Ce fait dans lequel la portion sus-vaginale de l'utérus

n'avait éprouvé aucun développent hypertrophique, vient aussi confirmer la division que nous avons établie au commencement de ce travail. Les changements physiologiques qu'éprouve l'utérus par suite des progrès de l'âge, ceux que les accouchements impriment nécessairement à son col, expliquent parfaitement la différence de forme de la maladie dans les deux catégories de femmes que nous venons d'établir.

Telle est la disposition générale de cet allongement, mais quelquefois la tumeur est bifide à son extrémité, et les deux lèvres utérines, supportées par une base commune, cylindrique, plus développée que celle du museau de tanche à l'état naturel, forment deux languettes flottantes, aplaties d'avant en arrière, qui recèlent entre elles l'ouverture du col de l'utérus. Cette partie ressemble dans ce cas à une mitre renversée. Chez quelques malades, surtout chez celles qui sont en même temps atteintes d'anté- ou de rétroversion, le sommet du col est recourbé en forme d'aiguière; la lèvre la plus saillante répond à la concavité. D'autres fois, c'est l'une des lèvres seulement qui est le siége du développement hypertrophique. La tumeur forme alors une pointe arrondie ou une languette épaisse au sommet de laquelle on ne trouve pas d'ouverture. L'autre lèvre est à l'état normal, mais le plus souvent atrophiée ou convertie en un croissant très mince dont la concavité est dirigée en bas et limite l'ouverture du col qui a elle-même une disposition semi-lunaire et offre transversalement 12 à 20 millimètres d'étendue. La lèvre antérieure m'a paru être plus souvent le siége de cette affection que la postérieure. La lèvre ainsi hypertrophiée présente vers sa base, sur la face qui correspond à l'orifice de l'utérus, les caractères de la surface interne du col; l'aspect est rouge, villeux, l'épithélium plus mince; on y voit manifestement les follicules muqueux et leurs ouvertures plus ou moins développés et remplis de mucus transparent, ainsi que quelques saillies de l'arbre de la vie (voy. pl. Ire, fig. 4 et 5). Il est évident que les forces nutritive et expansive, unies au poids de la lèvre développée, ont transporté au dehors une partie de la face interne de l'utérus; dans quelques circonstances c'est la traction de la paroi vaginale correspondante qui produit cet effet.

Cette partie hypertrophiée de la matrice a habituellement conservé son épithélium, sa couleur, sa consistance, sa sensibilité, en un mot tous ses caractères normaux, moins la forme et le volume.

Le tissu propre de l'utérus n'a subi aucune altération, seulement les vaisseaux, et plus particulièrement les artères profondes, c'est-à-dire celles qui se ramifient dans l'épaisseur de la substance utérine, sont plus développés. J'en ai disséqué qui avaient jusqu'à 1 1/2 millimètre et 2 millimètres de diamètre. Les veines du tissu utérin, ainsi que celles du plexus vagino-utérin et ovarique dans lequel elles se rendent, sont volumineuses, dilatées et gorgées de sang. Les follicules muqueux qui avoisinent l'ouverture du col, et qui dans l'état ordinaire sont à peine visibles, sont hypertrophiés, dilatés; leur orifice excréteur est plus ou moins agrandi ; mais ils ne sont pas altérés, au moins dans l'immense majorité des cas.

Cet état peut être compliqué d'inflammation aiguë ou chronique, d'exulcération, de folliculite, de kystes folliculaires, d'hypersécrétion simplement muqueuse ou muco-purulente, de tumeurs fibreuses, de déviations, d'abaissement et de descente de la matrice, mais jamais, que je sache, de chute complète ou de précipitation de cet organe, ce qui ne veut pas dire que ce cas ne se rencontrera pas. Il se serait même déjà présenté à l'observation de Dugès et Boivin d'après les deux premières figures de la XIe planche de leur atlas, figures qui sont dans le texte sans explication ni description, et qui sont désignées sous les noms de : « *élongation, prolongement du col de l'utérus, sa forme aplatie, et prolapsus de cet organe.* » Il ne faut pas oublier que dans l'ouvrage de Dugès et Boivin le mot *prolapsus* est véritablement employé comme synonyme de précipitation ou chute complète. J'ai fait reproduire ces deux figures afin que le lecteur puisse juger par lui-même et se convaincre qu'il ne s'agit que d'allongement du col accompagné de descente, et non de chute complète (voy. pl. Ire, fig. 8 et 9). Je reviendrai au reste sur leur véritable signification, lorsque je m'occuperai de la précipitation de l'utérus.

Un fait remarquable que j'ai signalé dans l'introduction de ce mémoire, c'est que je n'ai jamais rencontré cette hypertrophie longitudinale avec celle de la portion sus-vaginale du col.

Les troubles fonctionnels que détermine cette affection à son début sont très peu importants, quelquefois il n'en existe pas du tout; et si la femme sait qu'elle n'est pas dans un état naturel, c'est parce qu'ayant porté par hasard les doigts dans les organes sexuels, elle y a senti un

corps dur qui n'existait pas autrefois. D'autres malades sont averties par un sentiment de pesanteur ou par une sensation particulière et toute nouvelle qu'elles éprouvent lorsqu'elles viennent à s'asseoir, et surtout lorsqu'elles s'asseyent vivement, brusquement. Il leur semble alors que quelque chose de l'intérieur du corps s'abaisse, vient heurter, peser sur l'ouverture de la partie, ou sur l'anus, pour remonter ensuite vers le ventre. Il est des malades qui n'éprouvent que cette dernière sensation. « Je sens, disent-elles, que quand je m'assieds, quelque chose me remonte dans le corps. » C'est là un des phénomènes les plus fréquents, et que les femmes éprouvent quelquefois longtemps avant qu'il se manifeste d'autre incommodité. Enfin, il en est qui n'éprouvent aucune de ces sensations, mais qui sont averties de la présence du mal parce que, quand elles sont debout, lorsqu'elles marchent depuis un certain temps, ou qu'elles se baissent pour saisir et porter un objet pesant, ou bien encore lorsque, étant constipées elles font des efforts de défécation, elles sentent et voient sortir par la partie une grosseur dure qui rentre spontanément sitôt que les efforts cessent ou quand elles se couchent.

L'utérus lui-même, surtout quand il est encore renfermé dans le vagin, et lorsque l'affection s'est développée lentement, sans cause connue, n'éprouve aucun trouble dans ses fonctions. La partie hypertrophiée a conservé sa sensibilité, sa chaleur naturelles; elle n'est le siége d'aucun élancement, d'aucune douleur. Les règles se font comme par le passé, et beaucoup de femmes ne se douteraient de rien, si elles ne souffraient pas dans les rapports sexuels. Quelquefois elles souffrent au point que le rapprochement des sexes est impossible. C'est un des symptômes les plus fréquents et des plus importants sous le rapport du diagnostic différentiel, car on ne le rencontre que très rarement dans l'abaissement et la descente de la matrice.

Mais, si la maladie s'est développée rapidement, à la suite d'une métrite intense, d'un accouchement laborieux ou d'une chute d'un lieu élevé, qui a été l'occasion d'une inflammation très aiguë et d'un ébranlement considérable des organes pelviens; si la partie hypertrophiée fait saillie au dehors, il arrive le plus souvent que les fonctions de l'utérus soient troublées. Les règles sont supprimées pendant un temps plus ou moins long, ou bien elles sont plus rapprochées, durent plus

longtemps. Quelques femmes éprouvent de véritables pertes. Celles qui n'avaient qu'un écoulement muqueux, catarrhal, résultat de l'hypersécrétion et de l'hypertrophie des follicules du col, voient cet écoulement, d'incolore ou de jaunâtre qu'il était, devenir sanguinolent. Lorsqu'elles marchent ou restent longtemps debout, elles éprouvent des douleurs sourdes ou de véritables élancements dans l'utérus, et principalement dans la portion sortie qui se tuméfie, devient brûlante et laisse quelquefois suinter du sang.

Si la femme persiste à rester debout, les phénomènes morbides s'étendent de l'utérus aux parties qui ont avec lui des connexions plus ou moins directes. C'est alors qu'elle éprouve des tiraillements, une chaleur vive, des douleurs dans les lombes, dans l'abdomen, dans les cuisses, surtout en avant; quelquefois il se manifeste des tranchées très vives; le ventre se tuméfie; la respiration devient difficile, et la malade est obligée de s'asseoir ou de se coucher pour faire cesser ces accidents. La vulve elle-même surexcitée peut devenir le siége de gonflement, de chaleurs insupportables.

Les fonctions vésicales sont, en général, peu troublées. Chez quelques femmes seulement la miction est devenue plus fréquente. — Les fonctions du rectum sont plus souvent gênées. En outre du sentiment de pesanteur, de pression sur l'anus dont j'ai déjà parlé, il n'est pas rare que la femme éprouve une constipation opiniâtre et une grande difficulté pour rendre les matières fécales qui s'accumulent dans l'intestin au-dessus du point comprimé par le col. J'ai connu une malade (voy. obs. 4) qui, pour exécuter la défécation, était obligée de se renverser fortement en arrière. Les fonctions recto-vésicales sont encore plus souvent et plus profondément troublées lorsque avec un allongement hypertrophique du col il existe une anté- ou une rétroversion. J'ai vu trois fois déjà une rétention d'urine complète déterminée par cette cause qui avait été méconnue.

Lorsque les malaises, les souffrances que nous venons de signaler existent depuis un certain temps, ils finissent par altérer la santé générale, par réagir d'une manière fâcheuse sur l'esprit des malades, qui se tourmentent et s'inquiètent d'autant plus que souvent les moyens thérapeutiques qui ont été conseillés n'ont amené aucun résultat; que ces femmes sont souvent obligées de rester couchées pendant un temps

plus ou moins long, de suspendre l'exercice de leur profession, ou d'en changer à une époque de la vie où cette mutation ne s'exécute qu'avec une extrême difficulté. D'autres malades s'affligent, soit parce qu'elles se croient atteintes d'une maladie susceptible de dégénérescence grave, soit parce qu'elles sont privées de l'usage des organes sexuels et qu'elles craignent les conséquences de cette abstention forcée; aussi sont-elles prêtes à faire les plus grands sacrifices pour sortir de cet état.

Si la connaissance la plus approfondie des phénomènes que nous venons de passer en revue suffit pour reconnaître l'existence d'une affection des appareils génito-pelviens, elle ne suffit pas dans la grande majorité des cas pour dire, sans un examen local attentif, à quelle maladie particulière on a affaire; d'où la nécessité d'appliquer ici les trois grandes méthodes d'examen : le toucher, le spéculum et l'hystérométrie.

Le doigt porté dans le vagin reconnaît que ce conduit a conservé sa longueur, que son cul-de-sac est à peu près à la hauteur normale. Au lieu de trouver au fond de ce canal un mamelon arrondi, saillant, d'un ou de 2 centimètres, ayant la forme ou la consistance du col utérin, il rencontre une tumeur allongée, cylindroïde, dont le sommet descend plus ou moins bas vers l'ouverture vulvaire, ou même s'engage dans cette ouverture, et dont la base se confond, sans ligne de démarcation, sans bourrelet ni bracelet, avec la portion sus-vaginale du col. La membrane muqueuse qui enveloppe cette tumeur se continue sans la moindre interruption avec la membrane muqueuse du vagin. Si le doigt est exercé, il reconnaît sur un point de la surface du sommet une dépression ou une véritable ouverture qui est celle du col. Le plus ordinairement cet examen se fait sans douleur et sans que le doigt revienne taché de sang.

Si c'est une des lèvres qui soit seule hypertrophiée, on reconnaît une sorte de languette plus ou moins épaisse, mobile, comme flottante et aplatie d'avant en arrière. Si c'est la lèvre antérieure qui soit ainsi développée, on sent à sa base et derrière elle une ouverture étroite, en forme de croissant, dont le grand diamètre est étendu transversalement; si c'est la lèvre postérieure, c'est en avant que se trouve cette fente semi-lunaire, fente qui peut être assez étroite et assez peu pro-

noncée pour qu'il arrive quelquefois que le doigt passe dessus sans la sentir.

Enfin le col hypertrophié peut être bifide, présenter différentes altérations de forme et de structure que le doigt seul ne peut juger exactement, et il peut être alors nécessaire de recourir à l'application du spéculum.

Pour bien examiner un allongement hypertrophique du col, reconnaître ses diverses variétés et ne pas être exposé, comme nous le dirons plus bas, à le confondre avec une autre affection, il faut se servir d'un spéculum à deux ou mieux à quatre valves, qui ait un volume un peu plus considérable que celui dont on se sert habituellement, afin que la tumeur tombe facilement et entièrement dans l'aire de l'instrument; que l'œil puisse en apercevoir toutes les parties et reconnaître si la membrane muqueuse qui la tapisse se continue avec celle du vagin. Quelquefois il est nécessaire de se servir en même temps de l'extrémité de l'hystéromètre pour s'assurer de la continuité de ces deux membranes, pour ramener le sommet du col en face de l'ouverture vulvaire, pour relever une des lèvres qui masque l'orifice utérin, ou pour ne pas confondre une simple dépression circulaire ou transversale de la tumeur avec cet orifice.

L'introduction et les manœuvres du spéculum ne se font pas toujours sans un certain embarras et sans quelques douleurs, le vagin étant en partie rempli par le col ainsi développé. Le plus ordinairement le spéculum, si surtout l'on se sert d'un embout, glisse entre les parois vaginales et la tumeur. Il faut, par une manœuvre assez compliquée, faire tomber celle-ci dans l'aire de l'instrument; mais ce sont là des détails qui ne doivent pas nous occuper ici.

Dans certains cas où il peut encore exister du doute, il ne reste plus, pour terminer l'examen de l'utérus et compléter le diagnostic, qu'à recourir à l'hystérométrie. Par cette opération on acquiert la certitude que la longueur moyenne de la cavité utérine, qui est de 5 1/2 à 6 1/2 centimètres dans l'état normal et hors de l'état des règles, a subi un allongement proportionné à celui du museau de tanche. L'hystéromètre, porté dans cette cavité, pénètre à une profondeur qui varie de 8 à 13 centimètres, suivant le degré d'allongement du col, et la main gauche portée sur l'hypogastre sent que le fond de la matrice est dans sa posi-

tion naturelle. Si l'instrument pénétrait plus profondément sans que cette élongation en rendît raison, c'est qu'il existerait avec l'affection qui nous occupe une hypertrophie ou une autre maladie de la portion sus-vaginale de l'utérus.

Lorsqu'il n'y a qu'une lèvre d'hypertrophiée, la cavité n'a guère subi qu'une élongation de 2 à 2 1/2 centimètres, quel que soit le degré de développement qu'ait éprouvé cette lèvre.

Disons maintenant quels sont les caractères qui distinguent cette affection de celles qui ont avec elle le plus d'analogie. Les maladies qu'on a le plus souvent confondues avec cette hypertrophie, et que des praticiens, même très habiles, confondent encore aujourd'hui, sont l'abaissement et la descente de la matrice. Il a fallu, pour que cette erreur se propageât de siècle en siècle jusqu'à nous, que le fait de l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col restât généralement inconnu, et que nous fussions fatalement entraînés par la routine vers cette opinion des anciens, qui voulaient que, quand le museau de tanche descend jusque vers la partie inférieure du vagin, vers l'ouverture de ce conduit et même jusqu'à la vulve, on considérât cet état comme le résultat d'un déplacement, d'un abaissement ou de la descente de l'utérus en masse, cet organe ayant conservé ses dimensions. Cependant rien n'était plus facile à distinguer que ces deux affections de celle qui nous occupe, et de dissiper l'erreur que nous constatons aujourd'hui. Il suffisait pour cela de démontrer la possibilité de l'élongation de la portion sous-vaginale du col, de faire remarquer que, dans cette affection, le corps et le fond de l'utérus ont conservé leur place, le vagin sa longueur et sa hauteur normales, sans avoir éprouvé aucun degré d'invagination. Dans l'abaissement et dans la descente, au contraire, la totalité de l'utérus, corps et col, se sont portés vers la vulve; le vagin est raccourci; le cul-de-sac utéro-vaginal est abaissé; l'extrémité supérieure du vagin adhérente au col est renversée, invaginée dans la portion inférieure de ce conduit, et cela en raison du degré de la descente de l'utérus. Si, le doigt introduit dans les organes sexuels, on remonte la matrice à sa place et avec elle le vagin, on sent au fond de ce conduit un simple mamelon formé par le museau de tanche avec toutes ses propriétés physiques, tandis que dans l'allongement hypertrophique, lors même qu'il serait compliqué de descente de la ma-

trice, le doigt sent, lorsqu'il a remonté cet organe et rendu au vagin sa longueur, il sent, dis-je, au fond de ce conduit, non un simple mamelon, mais bien une tumeur conoïde ou cylindrique qui descend vers la vulve. Ce caractère suffirait à lui seul pour distinguer les deux affections l'une de l'autre, sans avoir recours à l'hystéromètre, qui est loin d'avoir, dans ce cas, une grande utilité, parce qu'il arrive souvent que, dans la descente de l'utérus, il y ait allongement de la cavité utérine par suite de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale de l'organe. Dans les deux cas, il peut donc y avoir allongement de la cavité de l'utérus par un mode de développement tout à fait inverse et qu'il est toujours facile de distinguer; ce qui établit encore une différence entre les deux affections. Dans la chute de l'utérus, l'excès de la cavité est placé au-dessus de l'insertion du vagin; dans l'allongement de la portion intra-vaginale du col, il est au-dessous de cette insertion.

Cette maladie a été malheureusement confondue et pourrait l'être encore avec un polype de l'utérus descendu dans le vagin. Il suffirait pour cela que la tumeur formée par le col fût plus volumineuse à son sommet qu'à sa base, comme j'en ai vu un exemple; que l'orifice utérin fût oblitéré, ou qu'étant dévié du centre de la tumeur, il ne fût pas accessible à la vue. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que certains polypes, principalement ceux qui s'insèrent dans le col, ont une forme allongée et conoïde; — qu'ils se confondent souvent avec l'une des lèvres et se continuent sans démarcation bien sensible avec le cul-de-sac utéro-vaginal correspondant; — que ces polypes sont souvent creux et tapissés à l'intérieur d'une membrane muqueuse; — qu'ils présentent assez fréquemment une ouverture arrondie ou fissurale qui ressemble à celle du col, et, comme celle-ci, laisse pénétrer dans la tumeur un stylet ou l'hystéromètre à une profondeur variable, laisse suinter habituellement un mucus épais, filant, et, au moment des règles, une plus ou moins grande quantité de sang (1). Voilà certes plus de caractères qu'il n'en faut pour confondre ces tumeurs avec l'allongement du col. Aussi est-il arrivé à quelques praticiens des plus haut placés dans la science de les confondre avec une portion de l'utérus.

(1) Voy. le travail que j'ai publié dans le Ier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, sous le titre : DES POLYPES UTÉRO-FOLLICULAIRES, 1849.

Voici à quels signes on distinguera ces deux affections. Si c'est un allongement du col, quel que soit le soin avec lequel le doigt ou l'extrémité de l'hystéromètre cherche à reconnaître vers la base de la tumeur un bourrelet ou un anneau qui l'embrasse plus ou moins étroitement, il n'y réussira pas ; il ne trouvera pas davantage, sur un des points de la circonférence de cette base, soit une ouverture, soit une fissure dans laquelle il puisse s'engager pour pénétrer dans la cavité de la matrice.—Au contraire, dans le cas de polype venant de la cavité du corps ou de la partie supérieure du col, si l'on examine avec attention la base de la tumeur (pédicule), on trouvera autour d'elle l'anneau ou le bourrelet sus-mentionné embrassant et étreignant plus ou moins complétement cette base. Le doigt ou au moins l'extrémité de l'hystéromètre pourra être porté en dedans du bourrelet, et de là dans la cavité de l'utérus.

Si le polype a pris naissance dans la partie inférieure du col et se confond insensiblement avec une des lèvres, et par suite, avec la portion correspondante du vagin, on sent et l'on trouve alors du côté opposé un demi-bourrelet et une ouverture irrégulière ou semi-lunaire par laquelle l'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine. Il n'y a que l'hypertrophie isolée d'une des lèvres du col qui puisse causer de l'incertitude. La couleur, la consistance, la forme et la sensibilité de la tumeur, qui en général ne sont pas les mêmes dans les deux cas, tireront le clinicien d'embarras.

Enfin, si le polype est creux et présente vers son extrémité inférieure un orifice qui conduise dans sa cavité, on peut introduire deux stylets ou deux hystéromètres, l'un dans la cavité du polype qui est inférieur, l'autre par l'ouverture qui est située vers le pédicule du polype, dans la cavité utérine qui est placée au-dessus de la première. — Jamais, dans un allongement du col, on ne trouve deux ouvertures et deux cavités.

Les commémoratifs, la forme, l'aspect villeux et d'un rouge vif de la tumeur ; l'absence d'un orifice à sa surface, la présence d'un bourrelet à sa base, l'absence ou la diminution de la cavité utérine, empêcheront de jamais confondre un renversement chronique de la matrice avec l'allongement du col. Si, par exception, la tumeur présentait une dépression qui, à l'œil, eût de l'analogie avec l'orifice utérin, l'extrémité de l'hystéromètre portée sur ce point lèverait tout de suite la difficulté.

Un kyste folliculaire plus ou moins allongé et développé sur cette partie ou dans le cul-de-sac du vagin pourrait bien être pris pour un développement hypertrophique de l'une des lèvres ; on reconnaîtra la tumeur kystique à sa souplesse, sa mollesse, sa fluctuation, sa grande mobilité sur sa base, et quelquefois à sa transparence (1).

Une hydropisie du col, avec oblitération plus ou moins complète de son orifice, affection très rare, il est vrai, que je n'ai jamais rencontrée que trois fois, et qui a été aussi observée par M. Jobert (de Lamballe), pourrait également être confondue avec la maladie qui nous occupe; on la reconnaîtrait à la mollesse de sa tumeur, à sa fluctuation, à l'absence d'un bourrelet à sa base. Une simple ponction ou l'élargissement de l'orifice rétréci suffirait pour vider la tumeur et faire disparaître toute incertitude.

Il y a au Musée Dupuytren un cas d'hydropisie du col qui forme dans le vagin une tumeur allongée que Chaussier lui-même a prise pour un polype de l'utérus, et qui est inscrite sous ce nom. Cette tumeur eût pu aussi donner naissance à l'erreur de diagnostic que je signale.

Il faudrait être plus qu'inattentif pour confondre l'allongement du col avec une hernie ou un kyste du vagin, avec le renversement et l'hypertrophie d'une partie des parois de ce conduit.

Si nous nous arrêtons un instant sur les causes, le développement, la marche et la durée de cette maladie, nous voyons qu'elle appartient aux affections essentiellement chroniques qui frappent si fréquemment l'utérus ; plus chronique cependant par sa durée que par son développement, car je ne sache pas qu'elle disparaisse jamais spontanément, à moins que ce ne soit chez les vieilles femmes, où l'utérus, longtemps après la ménopause, va en s'atrophiant. Mais il faut que cette disparition soit bien rare, car Lallement a observé plusieurs fois cette lésion sur des femmes âgées, et moi-même je l'ai rencontrée deux fois dans les mêmes conditions. Chez les femmes où elle s'est développée pendant la grossesse, on comprend qu'elle disparaisse spontanément après l'accouchement, à mesure que l'utérus reprend son volume normal.

Bien que chronique de sa nature, elle peut cependant dans quelques

(1) Voy. *Kystes de la matrice*, par M. Huguier, dans *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. 249.

cas se développer assez rapidement, et, sous le rapport de son évolution, être divisée en deux espèces. Dans l'une, l'affection croît lentement, insensiblement, sans cause connue, et presque sans troubles ou sans accidents bien manifestes, jusqu'au jour où, à l'occasion d'un effort ou de toute autre circonstance, elle se révèle à la femme. Elle n'est en quelque sorte qu'une anomalie, un vice de conformation par excès de nutrition (obs. 5). Dans l'autre, elle se développe beaucoup plus promptement, dans l'espace de quelques mois, par exemple, à la suite d'une chute d'un lieu élevé qui a été suivie d'une métrite, de la suppression des menstrues (obs. 3), ou bien après un accouchement lent, difficile ou artificiel, dans lequel le col a été froissé, contusionné, déchiré, d'où il résulte une irritation et une congestion qui ont altéré le mouvement nutritif (obs. 1). De plus il ne faut pas oublier que dans de semblables circonstances l'ouverture vulvaire est plus ou moins agrandie, le vagin dilaté, affaibli, relâché; que le col, par suite de cette nouvelle disposition, n'est plus maintenu ni comprimé; qu'il s'établit autour de lui, mais surtout en bas, une sorte de vide dans lequel il s'engage et se développe tout à son aise. Il se passe ici ce que nous voyons dans les hernies épiploïques qui ne sont plus maintenues que par la peau affaiblie et amincie : l'épiploon s'hypertrophie et prend des proportions considérables. Si nous voulons bien nous rappeler les organes qui sont le plus sujets à l'hypertrophie, nous voyons ceux qui sont incomplétement fixés, qui sont faiblement maintenus dans leurs limites par les organes voisins, et qui ont autour d'eux des espaces libres ou presque libres dans lesquels ils peuvent sans aucune contrainte se prolonger. Tels sont en effet les seins, les ovaires, le corps thyroïde, la prostate, le foie, la rate, le cœur lui-même, qui se meut avec aisance et sans la moindre compression dans sa vaste poche fibro-séreuse. C'est encore à cette loi de physiologie pathologique que les parois des organes creux doivent d'être si souvent hypertrophiées.

Quelquefois la maladie semble être la conséquence d'irritations et de métrites réitérées chez des femmes dont le vagin est court et qui ont abusé des rapports sexuels; mais elle n'est jamais le résultat d'une simple action mécanique, à moins qu'elle ne soit causée par un polype ou un kyste développé sur une des lèvres du col. Elle ne peut, comme le pense Désormeaux, être déterminée par la traction du vagin, puis-

qu'elle siége au-dessous de l'insertion vaginale. La traction exercée par le vagin pourrait tout au plus allonger la portion sus-vaginale.

Le pronostic n'est pas en général très grave ; il varie au reste suivant le degré de développement auquel est arrivée l'affection, la forme qu'elle affecte, les troubles fonctionnels et les accidents qu'elle détermine. Je suis convaincu que si l'on était appelé dès le principe, ou lorsque l'hypertrophie n'est pas encore très étendue, on parviendrait à en arrêter les progrès et même à la faire rétrograder. Elle peut n'être considérée que comme une incommodité tant qu'elle ne cause pas de douleurs ni de troubles dans les fonctions de l'utérus ou dans celles des organes qui l'entourent. Elle peut être une cause de stérilité ou de dysgénésie, surtout lorsque le col est très allongé, a une forme conique et fait saillie à la vulve ; plusieurs de nos malades ont mis pour nous cette opinion hors de doute, et le fait suivant, observé par Dupuytren, vient presque la confirmer. « Une femme âgée de vingt-six à vingt-huit ans, bien constituée, vint, accompagnée de son mari, consulter M. Dupuytren, pour apprendre la cause de la stérilité à laquelle elle se trouvait sujette depuis huit ans de mariage. Ce professeur, après avoir introduit le doigt indicateur dans les parties sexuelles, rencontra à l'entrée de la vulve un corps cylindroïde, qu'une légère exploration fit reconnaître pour un prolongement anormal du col de l'utérus ; et dit à cette femme qu'elle portait en elle-même la cause de sa stérilité, mais qu'il était facile d'y remédier à l'aide d'une opération. La partie du col qui s'était prolongée contre nature fut retranchée, en ne laissant au col que sa longueur naturelle. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident que de l'écoulement de deux ou trois palettes de sang, contre l'effusion duquel aucun moyen ne fut mis en usage. Le succès répondit à l'attente de ces deux époux, et deux mois après cette femme devint enceinte (1). » Cependant M. Malgaigne me disait tout récemment qu'il connaissait une personne qui est devenue enceinte dans cette condition. Il en fut de même chez les malades qui font le sujet des observations 1 et 5.

Lors même que cette affection peut être susceptible de devenir un obstacle au rapprochement des sexes, ce n'est là qu'une circonstance

(1) *Sur l'agénésie, l'impuissance et la dysgénésie*, par F.-G. Dumont. Thèse, Paris, 1830, n° 223, p. 68.

4

de peu d'importance, si la femme approche de la ménopause ou si elle se trouve dans des conditions où ce rapprochement lui soit interdit. Il n'en serait plus de même d'une jeune femme mariée, dont le repos et tout l'avenir pourraient être brisés par cette circonstance. Chez quelques femmes, c'est véritablement une affection très sérieuse en raison des accidents qu'elle cause, de la réaction qu'elle exerce sur leur esprit et de la fâcheuse influence qu'elle a sur l'exercice de leur profession, à laquelle elles peuvent être forcées de renoncer dans les conditions sociales les plus difficiles. Aussi le praticien doit-il, dans ce cas, faire tout ce qui dépendra de lui pour faire cesser cet état.

Les moyens que l'art se propose d'employer pour pallier ou guérir cette maladie varient suivant une foule de circonstances. La malade est-elle âgée, peu incommodée par cet allongement du col, il faut se garder d'aucun traitement actif. On se bornera à conseiller quelques injections, quelques lotions rafraîchissantes et des précautions hygiéniques. Si l'affection est encore à son début, si elle succède à une inflammation dont il reste des traces, on aura recours aux petites émissions sanguines locales sur le col même, le périnée ou l'hypogastre, suivant les indications; aux injections vaginales émollientes et rafraîchissantes d'abord, et plus tard plus ou moins astringentes et toniques; aux petits lavements froids matin et soir : ces lavements devront autant que possible être gardés ; aux légers révulsifs sur la peau , au repos, au décubitus dorsal, le bassin étant plus élevé que le reste du corps. On n'userait des saignées générales qu'autant que la constitution les réclamerait. Si les menstrues étaient suspendues ou irrégulières, il faudrait s'attacher à les rappeler, à les régulariser. Il faut éloigner tout ce qui pourrait congestionner, exciter ou irriter l'utérus.

Si, après avoir employé ces moyens pendant un certain temps et détruit l'irritation ainsi que l'inflammation, la maladie reste stationnaire ou continue à faire des progrès, on aura recours à la cautérisation soit avec le nitrate d'argent, le caustique de Vienne solidifié (Filhos), l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure très concentré, ou même à la cautérisation avec le fer rouge, si elle n'effraye pas trop la malade; car il ne faut pas oublier qu'à part les accidents qu'elle peut quelquefois déterminer par son action locale et immédiate, elle peut être suivie d'accidents fort graves chez les femmes nerveuses et très craintives.

Ces cautérisations conviennent surtout lorsque avec un certain degré d'hypertrophie, un allongement de 2 ou 3 centimètres au plus, il existe un engorgement, un ramollissement, un état fongueux ou variqueux du col. A leur action cathérétique et caustique, elles ajoutent une action résolutive bien connue, et qui, dans le cas que nous supposons, est très salutaire. Souvent nous avons ainsi fait disparaître de légères hypertrophies compliquées d'engorgement. C'est là une pratique qui aujourd'hui n'a rien de nouveau, et que M. Jobert (de Lamballe) a heureusement mise en usage et vulgarisée. Mais il faut bien se rappeler que ces cautérisations, même les plus énergiques, n'ont qu'une action destructive très bornée; qu'elles mortifient tout au plus une épaisseur de 3 ou 4 millimètres de tissu à chaque application ; qu'elles ne peuvent convenir en conséquence pour les allongements hypertrophiques simples qui ont de 5 à 7 centimètres d'étendue. Ici l'action résolutive des caustiques serait nulle, et l'action destructive tout à fait insuffisante. Il faudrait y revenir un trop grand nombre de fois pour obtenir un résultat avantageux; le traitement serait d'une durée décourageante, sans compter qu'à force de tourmenter ainsi la partie, on pourrait bien causer quelque inflammation grave ou déterminer une dégénérescence organique des tissus. Et lors même que l'on n'aurait pas ces accidents à craindre, je suis convaincu par l'expérience de faits analogues que le plus souvent on ne réussirait pas à détruire, par cette méthode, l'excès de longueur du col, parce que l'excès de la force assimilatrice, qui est le cachet propre de cette affection, reproduirait, dans l'intervalle de chaque cautérisation, presque autant et peut-être plus de tissu qu'on en aurait détruit.

Ainsi donc la cautérisation ne convient qu'aux hypertrophies de peu d'étendue, qu'elles soient simples ou compliquées, mais surtout à ces dernières.

Les pessaires, qu'on a si souvent conseillés et appliqués contre cette maladie, lorsqu'on la confondait avec une descente de matrice, sont inutiles ou dangereux. Aussi plusieurs des malades que nous avons observées, et auxquelles on les avait conseillés, ont-elles été obligées d'y renoncer. Il en fut de même pour les deux vieilles femmes que j'ai vues dernièrement à la Salpêtrière et dont j'ai déjà parlé.

Quand un allongement hypertrophique du museau de tanche déter-

mine des accidents ; quand il a résisté aux moyens que nous venons de passer en revue; ou bien lorsqu'il se présente à une période très avancée de son évolution, offrant une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen à employer : c'est la résection du col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin. A plus forte raison, devrait-on pratiquer cette opération si l'élongation était compliquée de kyste, de tumeur fibreuse ou d'une dégénérescence de son extrémité inférieure. Si nous n'avons pas eu plus souvent recours à cette opération, c'est parce que nous ne l'avons jamais pratiquée que quand il existait des accidents sérieux qui résistaient aux autres moyens.

On doit d'autant moins hésiter à recourir à cette ablation, qu'elle est prompte, facile, peu douloureuse, presque toujours, pour ne pas dire toujours innocente, qu'elle débarrasse sûrement et presque instantanément les malades de leur affection. Le seul accident contre lequel on doive se tenir en garde, c'est l'hémorrhagie primitive, à laquelle il est toujours facile de remédier, surtout aujourd'hui que nous possédons le perchlorure de fer et que l'opération peut être pratiquée avec l'écraseur linéaire. J'ai vu pratiquer et j'ai pratiqué moi-même, pour diverses affections, un bien grand nombre de fois cette opération, sans suites graves, et je ne pourrais pas en dire autant de la cautérisation avec le fer rouge.

Je n'entrerai dans aucun détail opératoire, le manuel étant soigneusement décrit dans tous les ouvrages de chirurgie. Je ferai seulement observer que je commence les incisions sur le col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin, afin d'être moins exposé à blesser ce conduit et de ne pas affaiblir cette insertion qui, si la femme devenait enceinte, serait plus disposée à se rompre pendant le passage de l'enfant, ou dans les manœuvres d'un accouchement artificiel. Si je préfère, en général, pour pratiquer cette opération les instruments tranchants à l'écraseur linéraire, c'est parce qu'avec eux l'opération est prompte, peu douloureuse sans le chloroforme, et qu'elle n'est suivie, dans la grande majorité des cas, que d'un écoulement de sang facile à arrêter. Avec l'écraseur linéaire elle est longue, affreusement douloureuse, si l'on n'emploie pas le chloroforme. Il ne faut pas oublier que c'est un étranglement, et un étranglement qui porte sur une partie qui reçoit des nerfs de la vie organique, plus peut-être que de la vie animale; que

la douleur, dans ce cas, est syncopale comme dans une hernie étranglée; qu'elle porte tout de suite une grande perturbation sur les centres nerveux, sur les fonctions du cœur et du poumon. C'est ce que prouve au reste l'histoire de l'art, qui montre que chaque fois que, par suite d'une erreur de diagnostic ou opératoire, on a posé une ligature sur le col de l'utérus, croyant la placer sur le pédicule d'un polype, il y a eu immédiatement une douleur atroce et des accidents nerveux généraux. Or, il faut autant que possible se dispenser du chloroforme dans les opérations et affections qui, par la nature de la douleur qu'elles causent, portent à la syncope.

Enfin il est assez difficile de placer convenablement sur le point indiqué, au fond du vagin, l'anse de l'écraseur. On peut de plus justement craindre, si surtout il existe un relâchement de la partie supérieure des parois vaginales, de comprendre une portion de ces parois, et même de pincer la vessie ou d'ouvrir le péritoine. Ces deux accidents sont arrivés dans un cas emprunté à la clinique de Langenbeck, où l'on se servit de cet instrument pour enlever une tumeur epithéliale du col. La malade mourut au troisième jour. On trouva à l'autopsie une perforation de la vessie et du péritoine.

Le seul avantage réel qu'offre l'écraseur, c'est de mettre la femme plus sûrement à l'abri d'une hémorrhagie. Or nous n'avons jamais vu aucune femme succomber à sa suite, et elle peut toujours être arrêtée par les astringents simples, les astringents caustiques et le tamponnement de l'entrée du vagin. Cependant, malgré ces observations, si la base de la tumeur était volumineuse, pourvue de plusieurs artères dont on sentît les battements; si la malade était chlorotique, d'une constitution à laquelle la perte d'une certaine quantité de sang pût nuire, on ferait bien de se servir de l'écraseur.

La seule recommandation importante sur laquelle je ne saurais trop insister, quelle que soit la méthode que l'on suive, c'est d'amputer le col de l'utérus sur place, au fond du vagin, sans chercher à l'amener avec effort vers la vulve. Il faut, si l'on ne veut pas avoir d'accidents inflammatoires consécutifs, éviter tout tiraillement des ligaments utérins. En cela je m'éloigne entièrement de la pratique de Dupuytren, de Lisfranc, de Kivisch, etc., qui veulent qu'on amène par des tractions l'utérus le plus près possible de l'ouverture vulvaire.

Je vais maintenant rapporter quelques-uns des faits que j'ai observés, et de l'analyse desquels ressort, en partie, la description que je viens de donner. Ils serviront en même temps à démontrer l'utilité et l'innocuité de la résection de la partie malade du col. Je terminerai en rappelant des faits semblables et tout aussi concluants, tirés de la pratique de plusieurs de mes collègues. Je n'ai fait dessiner que les allongements les plus curieux qui peuvent servir de type comme développement et comme espèce.

OBSERVATION I. — *Allongement conoïde considérable de la portion sous-vaginale du col pris par plusieurs médecins pour une descente de la matrice. — Pessaires nuisibles.* — Pl. I, fig. 1 et 2, dessins de M. Guérineau.

Le 12 mars 1844, entra dans mon service de l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n. 36, la nommée Porr... (Ann...), âgée de trente-sept ans, ouvrière, pour se faire traiter d'une descente de la matrice.

Cette femme, d'une forte constitution, ordinairement bien portante et bien réglée, rapporte qu'il y a douze ans elle accoucha pour la première fois. Ses couches furent très difficiles, puisqu'après quarante-huit heures environ de vives souffrances, on fut obligé d'appliquer les fers, et que l'enfant mourut pendant les tractions. — Suites de couches douloureuses, malaises, gêne et sentiment pénible de la partie. — Six mois après, en faisant un effort violent pour soulever un matelas, elle sentit sa matrice s'abaisser et quelque chose de dur et de pointu sortir entre les lèvres. Mais comme elle ne souffrait pas, elle ne fit aucun traitement. Elle se contenta de maintenir la partie avec un tampon de linge fixé par un chauffoir. C'était surtout pendant les règles que la matrice avait de la tendance à sortir et avait besoin d'être soutenue. La malade avait seulement des flueurs blanches et de fréquentes envies d'uriner.

Sept ans après elle eut un second enfant. Cette fois la grossesse, l'accouchement et les suites de couches se passèrent de la manière la plus heureuse. Sa maladie n'en fut pas sensiblement accrue.

Depuis deux ans, étant obligée de se livrer à des travaux plus pénibles que par le passé, elle vit les flueurs blanches augmenter, les besoins d'uriner et le malaise devenir plus fréquents. Lorsqu'elle restait debout ou faisait des efforts, depuis longtemps, il lui sortait par la partie une petite grosseur qui devenait douloureuse.

A diverses reprises elle consulta plusieurs médecins qui tous lui dirent qu'elle avait une descente de la matrice. Plusieurs pessaires de formes différentes furent essayés non-seulement inutilement, mais avec désavantage; tous la firent souffrir, et elle fut obligée d'abandonner ce moyen. Ces jours derniers, après des fatigues de tout genre, elle souffrit plus que d'habitude, ce qui la détermina à entrer à l'hôpital.

État actuel, 13 *mars*. — Douleurs lombaires, vulvaires et vésicales ; flueurs blanches abondantes, laiteuses, non filantes. La vulve est rouge et irritée. Si l'on engage la malade à faire un effort, on voit paraître sous l'orifice inférieur du vagin un corps allongé, conoïde, pointu à son extrémité libre, qui ressemble assez bien à un pénis dont le gland serait peu prononcé. Il est percé d'une ouverture étroite qui offre 7 millimètres d'étendue transversalement. Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin le long de ce corps, il remonte à une hauteur considérable,

surtout en arrière, avant de rencontrer le cul-de-sac vaginal. Au lieu de trouver au fond de ce conduit le mamelon formé par le museau de tanche, le doigt rencontre la base du corps charnu, le long duquel il peut redescendre vers la vulve jusque sur l'extrémité libre du même corps, dont la consistance est la même que celle du tissu de l'utérus et auquel le conduit vulvo-utérin forme une espèce de fourreau. Placé dans l'aire du spéculum bivalve, on peut voir que sa base se continue sans ligne de démarcation aucune avec l'extrémité supérieure du vagin, et qu'il offre une longueur de 7 centimètres. Un simple stylet, introduit dans l'ouverture qu'il présente, pénètre dans la cavité utérine à 11 1/2 centimètres passés de profondeur. Il est alors plus que facile de reconnaître et de s'assurer que le fond et le corps de la matrice occupent à peu près leur position normale, et que l'affection qu'on avait prise jusqu'à ce jour pour une descente de la matrice était un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col.

Le toucher rectal vint confirmer cette appréciation; deux doigts introduits dans le rectum et dirigés en avant rencontrent la base du corps parcouru par le stylet, et reconnaissent qu'il se confond avec le corps de l'utérus, dont le fond, un peu saillant dans l'intestin, est à sa hauteur naturelle. Les mouvements imprimés à l'instrument sont communs et suivent la même direction. L'instrument enlevé, les doigts restant dans le rectum, je conseille à la malade de faire un effort comme pour aller à la selle, et je sens à mesure que le sommet du cône intravaginal s'abaisse et vient se présenter vers la vulve, que le fond de la matrice suit le même mouvement.

Prescription. — Repos au lit, grand bain, lotions et injections vaginales émollientes; tisane d'orge, chiendent et réglisse, trois portions d'aliments.

Les jours suivants le même traitement est continué, seulement le grand bain est remplacé par un bain de siége qui est administré tous les jours. La malade est beaucoup mieux.

Le 21, apparition des règles qui durent cinq jours. Tout traitement est cessé.

Le 23, examen. Le col de la matrice descend un peu plus bas, il est un peu plus enflé et sensible que les jours précédents, un sang noirâtre et à moitié coagulé s'écoule par son ouverture.

Le 27, nouvel examen. Les règles ont complétement cessé, il existe un léger écoulement blanc et peu épais. — Injections astringentes avec une décoction de racine, de bistorte et de ratanhia; bain de siége froid; iodure de potassium, 2 grammes par jour.

Le 30, la malade se plaint d'être échauffée. Prescription d'une bouteille d'eau de Sedlitz; 40 centigrammes de seigle ergoté par jour en huit pilules, une toutes les deux heures.

Le 17 avril, la malade, se trouvant bien, demande sa sortie : le volume du col de la matrice est le même; les flueurs blanches ont disparu, ainsi que les rougeurs et l'irritation vagino-vulvaires. Je lui conseille de continuer l'usage de l'iodure de potassium et du seigle ergoté.

Cinq mois après, la malade se présente à ma consultation pour des accidents semblables à ceux qui l'avaient amenée à l'hôpital la première fois. Je lui propose de l'admettre de nouveau, et de lui enlever la grosseur qui se présente à la partie et qui est la cause de ses souffrances. Elle refuse. Une prescription lui est faite, et je n'en entends plus parler.

De cette observation il résulte les faits suivants, qui ont une grande importance au point de vue pratique. L'existence d'un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col qui a été pris pendant longtemps pour une descente de matrice; allongement qui s'est développé à la suite d'un accouchement long et laborieux, dans lequel le col

a été altéré; qui ne s'est révélé matériellement à la malade que six mois après l'action de la cause principale, à l'occasion d'un effort dans lequel elle sentit quelque chose de dur qui se présentait à la partie; mais elle n'éprouva ni douleur, ni craquement, comme l'éprouvent ordinairement les femmes qui, à l'occasion d'un effort violent, sont tout de suite atteintes d'une descente de la matrice. Pas de douleurs le lendemain, ni les jours suivants; c'est ce qui établit encore une légère différence entre cette affection et la descente, qui survient tout d'un coup à la suite d'une chute ou d'un effort brusque et violent. La malade ne peut supporter l'usage des pessaires, autre différence. Un second accouchement, mais cette fois naturel, n'a pas aggravé la position de la malade. C'est souvent le contraire dans la descente utérine, bien que la grossesse et ses suites aient été conseillées par quelques praticiens comme propres à guérir cette dernière affection. L'usage des fondants et des modificateurs pendant deux mois, tant à l'hôpital qu'en ville, n'a en rien modifié le volume de la tumeur.

Observation II. — *Allongement de la portion sous-vaginale du col qui a la forme d'un œuf légèrement aplati d'avant en arrière, le reste de l'utérus ayant conservé ses dimensions normales. Rétroflexion, petit polype cellulo-vasculaire.* — Observation recueillie par M. Martineau, interne à la Salpêtrière, dessin de M. Launay. — Pl. I, fig. 10.

Big... (femme Bru...), âgée de quarante-deux ans, entrée à la Salpêtrière, service de M. Falret, le 4 janvier. Cette femme a présenté pendant tout son séjour à l'hospice les symptômes de la paralysie générale progressive.

A son entrée, on constate qu'elle est atteinte d'une descente de la matrice; le col utérin était à peu de distance de la vulve.

Pendant son séjour on remarque qu'elle est sujette à des métrorrhagies abondantes, revenant au moins deux fois par mois.

Elle n'a pas eu d'enfants.

Cette femme succomba le 1er février 1859, par suite de sa paralysie générale progressive, A l'autopsie, on constate toutes les altérations anatomiques de cette espèce de paralysie; en outre, à l'examen des organes génitaux, on trouve la disposition suivante : on aperçoit faisant saillie à la vulve, une tumeur conique présentant une ouverture transversale à son sommet. Il est facile de reconnaître que cette tumeur est formée par le col de l'utérus.

Le doigt, porté dans le vagin, se trouve arrêté, après une introduction de 6 à 7 centimètres, par le cul-de-sac vaginal. En parcourant ce cul-de-sac, on peut faire le tour de la tumeur.

Le doigt, porté particulièrement dans le cul-de-sac antérieur, ne peut sentir le corps de l'utérus; mais porté dans le cul-de-sac postérieur, il perçoit en arrière le corps de l'organe.

A l'examen de la cavité pelvienne, on voit que le corps de la matrice n'a pas sa direction normale; son fond, dirigé en arrière, appuie sur le rectum, de telle sorte que la face antérieure de l'utérus regarde en haut et un peu en arrière.

Les organes génitaux étant enlevés de dedans le bassin et la paroi postérieure du vagin étant fendue sur la ligne médiane, on voit que la portion intra-vaginale du col (museau de tanche) est le siége d'une hypertrophie longitudinale ; elle forme une saillie allongée qui a la forme d'un œuf légèrement aplati d'avant en arrière. En avant elle a une longueur de 4 centimètres ; en arrière elle présente 5 centimètres, ce qui tient à l'insertion du vagin qui a lieu plus haut dans ce point.

Le diamètre transversal mesuré à la base de cette saillie, c'est-à-dire au niveau de l'insertion vaginale, est de 4 centimètres ; l'épaisseur est de 3 centimètres; le sommet présente une petite ouverture transversale qui a 5 à 6 millimètres d'étendue ; cette ouverture se fait au fond d'une fente qui divise transversalement le sommet de la tumeur en deux petites lèvres, une antérieure et une postérieure. Toute la surface de cette saillie présente des plis radiés longitudinaux, et quelques légers plis obliques. Elle est d'un rouge violacé, sa consistance, l'aspect de son tissu est normal. La membrane muqueuse, à part la congestion, est saine. La portion sus-vaginale du col a, comme on peut le voir en jetant un coup d'œil sur le dessin (pl. I, fig. 10), conservé tous ses caractères normaux, de telle sorte que, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin, le col semble se rétrécir tout à coup; elle présente en arrière quelques plis à direction transversale, ce qui tient à ce qu'il existait une rétroflexion.

Le corps offre sa disposition normale, il est même un peu petit, comme l'est au reste celui d'une femme adulte qui n'a pas eu d'enfants.

La hauteur de la portion sus-vaginale du col et celle du corps de l'organe sont de 5 centimètres 1/2, ce qui, avec celle de la portion sous-vaginale, donne en totalité à l'utérus une longueur de 9 centimètres 1/2.

Cavité utérine. —L'arbre de vie est très prononcé, très saillant, et se continue jusque vers le milieu de la hauteur de la cavité du corps. La cavité du col, portion sous-vaginale, est un peu plus large qu'à l'état sain. Vers le milieu de sa hauteur, on trouve inséré sur le bord gauche un petit polype cellulo-vasculaire et muqueux qui a le volume et assez bien la forme d'un pepin de pomme. L'épaisseur des parois de toute la portion de l'utérus qui est au-dessus de l'insertion du vagin est la même qu'à l'état sain.

Les trompes sont adhérentes aux ovaires par suite d'une ancienne péritonite. Les ligaments larges, les ovaires, les trompes sont le siége d'une forte congestion, ainsi que l'ensemble de l'utérus. En pressant sur les parois incisées de cet organe, on en fait sortir du sang noirâtre et liquide. Tout le système veineux du vagin, du col et du corps de l'utérus est très développé. On observe particulièrement sur chacun des bords de l'organe deux très grosses veines flexueuses et qui présentent çà et là des renflements. Ces veines ont, dans la plus grande partie de leur étendue, le volume d'une plume ordinaire à écrire.

Le système artériel est aussi plus développé qu'à l'état physiologique, les ovaires sont volumineux et aussi congestionnés.

Ce fait d'anatomie pathologique présente cette disposition très remarquable qu'à part la portion intra-vaginale du col de la matrice, tout le reste de l'organe a conservé son volume naturel, l'hypertrophie cesse immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin. Il vient justifier pleinement la division, non-seulement pratique, mais pathologique, de notre travail en deux parties ; il en est de même, comme nous l'avons vu, du fait décrit et représenté par Lobstein.

Observation III. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et de la lèvre antérieure qui renferme vers son extrémité libre un petit corps fibreux du volume d'une noisette. — Résection de cette partie. — Guérison.* — Pl. I. fig. 3, 4, 5, dessin de M. Lakerbauër.

Le 1er août 1849, vint me consulter la nommée Beau..... (Lou....), âgée de quarante-deux ans, non mariée, ouvrière, née en Auvergne, habitant Paris depuis 1826. — Cette femme, qui est d'un tempérament nerveux et sanguin et qui paraît être de mœurs très pures, prétend qu'elle n'a jamais eu de rapports sexuels. Elle a depuis 1826 considérablement travaillé et veillé assise. Ce travail excessif lui fut d'autant plus pénible qu'elle n'y avait pas été habituée dès son enfance qui s'était passée dans l'aisance. Elle fut réglée à onze ans, très exactement et très abondamment pendant cinq jours; seulement lors de la mort de sa mère les règles furent suspendues pendant deux mois. Elle avait toujours été bien portante, hors quelques accidents hystériques et de la pesanteur vers les organes sexuels.

Le 6 mars 1849, elle fit une chute de la hauteur d'un étage sur le côté gauche du siége; elle avait en ce moment ses règles qui se sont arrêtées et ne sont revenues que le 4 mai. Cette réapparition des menstrues fut accompagnée d'une perte très abondante et d'une fièvre très ardente qui dura neuf jours.

Immédiatement après sa chute, la malade ne put marcher, la vulve se tuméfia, elle y sentit une grosseur, elle eut une inflammation de la matrice, le ventre se gonfla au point, dit la malade, que la respiration lui manquait et que le corps était couvert de sueurs. Retenue par une pudeur mal entendue, elle ne se fit pas visiter, elle garda le repos, prit des bains, et mit des cataplasmes sur le ventre.

A la fin d'avril, elle s'aperçut, lorsqu'elle marchait, qu'il lui sortait une grosseur de la partie, grosseur qui lui causait une irritation sur ce point. Elle éprouvait de la pesanteur, des tiraillements, des douleurs dans les reins, comme si elle était piquée par des milliers d'épingles. Elle ressentait même des maux d'estomac; elle avait des flueurs blanches abondantes, filantes et épaisses. Elle alla alors consulter un médecin qui lui dit qu'elle avait la matrice gonflée et descendue. Il prescrivit le repos et des injections alumineuses.

Le 4 mai, les règles revinrent comme nous l'avons dit, sous forme de perte qui dura pendant neuf jours. Cette perte ne put être arrêtée ni par le repos, ni par les injections froides et astringentes, elle fut accompagné pendant tout ce temps de douleurs dans le ventre et de fièvre.

Lorsque la malade était au lit, elle n'éprouvait aucune incommodité, aussi resta-t-elle couchée pendant tout le mois de juin. En juillet elle voulut reprendre son travail, mais cela lui fut impossible. Les douleurs se réveillèrent, les flueurs blanches devinrent plus abondantes, la grosseur reparut à l'entrée de la partie qui se tuméfia et devint le siége d'une chaleur très ardente qui se propageait dans le ventre, puis de la fièvre et un malaise général survinrent. Des bains émollients la soulagèrent. Elle resta dans cet état jusqu'au 1er août, époque à laquelle elle vint me trouver.

Après l'avoir examinée et reconnu l'affection dont elle était atteinte, je lui conseillai de nouveau le repos horizontal, des injections astringentes trois fois dans la journée, un bain de siége froid tous les jours, des frictions sur le sommet de la tumeur, ainsi que sur la face interne des lèvres vulvaires avec la pommade d'iodure de plomb. Tous ces moyens employés pendant un mois et demi la soulagèrent à peine: il faut dire que sa position nécessiteuse ne lui permit

pas de rester couchée. Lorsque la malade se levait, la grosseur continuait à sortir par la partie, elle éprouvait de vives tranchées, le ventre se gonflait au point de lui ôter la respiration et elle était obligée de s'asseoir. Vers le milieu de septembre, elle revint me consulter, je lui conseillai alors, vu l'inefficacité des moyens employés, mais surtout à cause de la présence d'un petit corps fibreux qui existait au sommet de la tumeur et qui, tôt ou tard, eût nécessité une opération, de lui amputer le col de l'utérus. Elle fut effrayée de l'idée de cette opération et résolut de ne pas s'y soumettre. Mais, quinze jours après, elle sentit que sa grosseur devenait de plus en plus forte, qu'elle devenait même douloureuse, s'irritait et saignait pendant la marche. Les écoulements, de blancs qu'ils étaient, devinrent sanguinolents; les douleurs de reins et de ventre augmentèrent au point de ne plus lui laisser de position tenable (ce sont ses propres expressions). Le sommeil était entièrement perdu. C'est dans cet état qu'elle vint me trouver, dans les premiers jours d'octobre, et me dire que non-seulement elle était décidée à subir l'opération, mais qu'elle la désirait ardemment.

Je l'examinai de nouveau, et je constatai que le col de l'utérus faisait au dehors de la vulve une saillie de 2 centimètres environ. Il forme, à partir de l'insertion du vagin, un cône qui a une longueur de 7 centimètres 1/2 (voy. pl. I, fig. 3 et 4). Sa base, qui est régulièrement arrondie, présente un diamètre transversal de 4 centimètres. Le sommet, qui est très allongé et arrondi, offre à peine 1 centimètre d'étendue; on n'y remarque aucune ouverture; à quelques millimètres au-dessus de sa surface inférieure, on voit, dans son épaisseur, une petite tumeur du volume et de la forme d'une noisette; elle n'est pas fluctuante. Elle est beaucoup plus élastique et plus ferme que le tissu dans lequel elle s'est développée et qui l'entoure de tous côtés. Il est facile de reconnaître que c'est un corps fibreux.

Toute la face antérieure de ce cône formé par l'allongement anormal du col est lisse, polie, régulière, et ne présente rien de remarquable, si ce n'est tout à fait à sa partie inférieure la légère saillie ovalaire formée par le petit corps fibreux. — La face postérieure, au contraire, à 4 centimètres au-dessous de l'insertion vaginale, présente une dépression semi-lunaire à concavité inférieure, et dont le grand diamètre est transversal. Au fond de cette dépression qui est limitée en arrière par un bord tranchant (lèvre postérieure amincie) est l'ouverture de la cavité du col. L'hystéromètre porté dans cette ouverture pénètre dans la cavité utérine. — Au-dessous de la dépression semi-lunaire, on observe une surface plane d'un rouge assez vif, comme dépourvue d'épiderme, et qui présente çà et là de petites saillies granuleuses; puis, enfin, le relief formé par la face postérieure du petit corps fibreux. Cette portion du cône qui descend à 3 1/2 centimètres au-dessous de la dépression semi-lunaire est formée par la lèvre antérieure du col hypertrophié et renfermant le corps fibreux dans son épaisseur.

Lorsqu'on réduit la tumeur dans le vagin, on ne peut faire remonter son sommet, dans ce conduit, qu'à une hauteur de 2 à 3 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Il y a donc, en même temps qu'un allongement considérable du col, un peu d'abaissement de l'utérus. Je prescris un bain et un purgatif, et je fixe l'opération au 12 octobre. Elle fut pratiquée en présence et avec l'aide de mon interne, M. Thomas.

Après avoir saisi l'extrémité du cône avec une pince de Museux, je la fis basculer de bas en haut et d'arrière en avant, de façon à avoir sous les yeux la dépression semi-lunaire de la face postérieure. Je fis alors une incision transversale à 1 centimètre au-dessus de cette dépression et j'incisai les tissus jusqu'à ce que je fus arrivé dans la cavité du col. Alors, par un mouvement inverse du premier, je fis porter le sommet du cône en bas et un peu en arrière, et je divisai la paroi antérieure du col jusqu'à ce que les deux incisions fussent réunies et les parties entièrement séparées.

Deux artérioles donnèrent seules du sang en jet; la malade en perdit tout au plus un verre et demi. Pansement avec des boulettes de charpie enduites de poudre de colophane. Pas d'hémorrhagie consécutive; un peu de fièvre le soir; pas d'accidents ni de fièvre les jours suivants.

Nous enlevâmes 4 centimètres de la longueur du col. Le reste, qui avait encore 2 centimètres d'étendue de plus qu'à l'état normal, suppura et s'atrophia au point que, le 15 novembre, lorsque j'examinai la malade au spéculum, cette portion ne formait plus qu'un mamelon arrondi et saillant de 1 1/2 centimètre tout au plus.

La partie enlevée (fig. 5) nous présenta à la dissection tous les caractères normaux du tissu utérin. Dans l'épaisseur de sa pointe existait un petit corps fibreux très ferme, formé de fibres blanches et nacrées, enveloppé d'une couche de tissu utérin sain. Cette couche avait de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, suivant les points où on l'examinait. Les deux petites artères latérales du col étaient plus volumineuses qu'à l'état ordinaire.

A partir du jour de l'opération, la malade n'éprouva plus aucun des accidents que nous avons signalés plus haut. Un mois après, la malade put aller et venir et se livrer à ses occupations journalières. Les menstrues sont devenues régulières, peu abondantes, et ont duré jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans. Aujourd'hui (juillet 1858), la malade a cinquante et un ans et est parfaitement portante du côté des organes sexuels.

Chez cette femme, le développement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col semble avoir été préparé et amené de longue main par un travail et une congestion menstruels précoces qui ont été la conséquence du développement prématuré de l'appareil utéro-ovarique. Aussi était-elle sujette à des accès d'hystérie. Deux suspensions de règles et une violente inflammation des organes sexuels à la suite d'une chute ont été l'occasion d'un accroissement et d'une manifestation rapide de la tumeur, qui s'est alors compliquée d'un léger abaissement de l'utérus, dont les fonctions commencèrent à se troubler sérieusement et à être plus tard altérées au point de causer des accidents généraux graves qui ne cessèrent qu'avec l'ablation de la partie malade.

Observation IV. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et de la lèvre antérieure qui font saillie au dehors de la vulve. — Résection du col. — Guérison. (Recueillie par le docteur Deslauriers.)*

Madame Car....., brunisseuse, âgée de trente-sept ans, tempérament lymphatique et nerveux; nature grêle, menstruations régulières. N'a jamais eu qu'un enfant, il y a dix sept-ans : l'accouchement fut long et difficile.

En 1838, suppression des règles par frayeur, suivies de coliques, douleurs abdominales et élancements violents et profonds.

En 1846, forte contrariété au début de l'époque des règles; perte utérine pendant quinze jours, très forte pendant quatre jours; arrêt de cette perte par le repos au lit. Depuis cette époque, réapparition des douleurs abdominales et des élancements profonds.

Hernie inguinale droite réductible et maintenue avec un bandage.

Pesanteur et douleurs dans le bassin et dans le bas-ventre; besoins fréquents d'uriner, surtout lorsqu'elle est debout; lorsqu'elle a marché quelques minutes, elle ne peut plus retenir les urines, et elles s'échappent aussi involontairement lorsque la malade tousse. Flueurs blanches très abondantes. quelquefois sanguinolentes; rapports sexuels très douloureux. Digestion difficile.

En 1848, douleurs abdominales de plus en plus vives; flueurs blanches encore plus abondantes. Madame Car..... reconnaît entre les lèvres de la partie une tumeur qui jusqu'alors n'avait été sensible qu'au toucher. Retour des règles tous les quinze jours, et très abondantes; envies très fréquentes d'uriner. Fatigue extrême, surtout étant debout. Augmentation de la difficulté de digérer.

1850, époque où je fus appelé, la malade est obligée de garder le lit; elle éprouve des douleurs de tête, des douleurs dans le ventre; la hernie est sortie, mais réductible et ne cause aucune gêne. Les digestions sont tellement difficiles que la malade ne peut rien prendre; vomissements fréquents; le bouillon seul peut être supporté; fièvre céphalalgique; grande faiblesse, état anémique presque chlorotique. Constipation habituelle; dyspnée. Cataplasmes sur le ventre, frictions avec un mélange d'onguent napolitain et d'extrait de belladone; bains, lavements, pastilles de Vichy; alimentation légère, vin de quinquina, préparations ferrugineuses. Sans aucune amélioration.

Le 1er mars, la malade est soumise au toucher et visitée au spéculum. Le toucher fait reconnaître une tumeur qui se présente presque au dehors de la vulve, tumeur conique, facile à circonscrire avec le doigt, au sommet et en arrière de laquelle on sent facilement l'ouverture du col de l'utérus. Vue au spéculum, cette tumeur paraît lisse, tendue, ferme comme le col et de la couleur normale de ce dernier; elle a une longueur de 6 1/2 centimètres.

La malade est conduite chez M. Huguier, qui reconnaît une hypertrophie de la portion sous-vaginale du col et de la lèvre antérieure de cette partie. Il conseille la résection du col, moyen que je l'engage d'accepter avec d'autant plus d'empressement que sa santé, profondément altérée, n'a pu être rétablie par les nombreux traitements qui avaient déjà été employés.

L'opération est pratiquée le 15 mars 1850. Elle est facile et prompte; elle est suivie d'un écoulement de sang abondant qui est facilement arrêté par le tamponnement du vagin. La portion enlevée, qui a la forme d'un cône très allongé, présente une longueur de 6 centimètres; sa base, mesurée transversalement, a 4 centimètres; elle ne présente aucune dégénérescence organique.

Pendant six ou huit jours, écoulement de sang et de pus. Aucune complication ne survient. Les règles reparaissent à leur époque ordinaire et avant la cicatrisation de la plaie. Aussi elles furent abondantes et laissèrent de la faiblesse après elles; l'état de la malade va ensuite en s'améliorant très promptement; elle se lève le 8 avril pour la première fois. Les pesanteurs, les douleurs de ventre, les coliques disparurent promptement; les déjections alvines devinrent régulières, faciles et naturelles. Les règles redevinrent normales. A la fin d'avril, je visite la malade avec M. Huguier: la matrice est haut placée; la plaie est cicatrisée; en haut du vagin existe un petit enfoncement plissé et rougeâtre.

Le 1er mai, la malade a repris ses travaux, et sa santé est allée constamment en s'améliorant.

Le 21 septembre 1858, je suis allé faire visite à madame Car..... pour savoir en quel état elle se trouvait.

Elle avait repris de l'embonpoint, et ses forces étaient entièrement revenues. Les flueurs blanches et les pertes sanguines n'avaient plus reparu. Les règles étaient régulières; elle n'était plus incommodée par des besoins irrésistibles d'uriner; en un mot, elle était très bien portante et se félicitait beaucoup de s'être laissée opérer. Je lui demandai la permission de l'examiner : je trouvai l'utérus petit et un peu rétroversé; le col, à peine sensible, se confondait par une pente douce avec la paroi antérieure du vagin, de telle sorte qu'il n'existe plus de cul-de-sac utéro-vaginal antérieur.

OBSERVATION V. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, et particulièrement de la lèvre antérieure qui fait saillie au dehors de la vulve. — Résection du col. — Guérison.* (Voy. pl. I, fig. 6, 7, dessin de M. Lakerbaüer.)

La nommée Del... Pic... Alb..., âgée de quarante-trois ans, couturière, vint me consulter, le 17 novembre 1850, pour une descente de la matrice (disait-elle) dont elle était atteinte depuis longtemps. Cette femme qui est grande, bien constituée, d'un tempérament nerveux et lymphatique, fut réglée à quatorze ans. Les menstrues venaient régulièrement, en avance et abondamment; elles duraient huit jours. — Mariée à vingt-deux ans, elle rapporte qu'elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de trente-neuf ans; que cependant, dès sa jeunesse, elle avait constamment éprouvé vers la partie un sentiment de poids lorsqu'elle courait, faisait un faux pas, ou était dans une voiture dure. Lorsqu'elle s'asseyait, elle éprouvait la sensation d'un ballon qui lui remontait vers le ventre. Elle a constamment souffert dans les rapports sexuels. Elle a eu son premier enfant après dix mois de mariage. L'accouchement fut long et difficile; l'enfant, dit-elle, est resté sept heures au passage sans pouvoir sortir. Pendant tout ce temps, on voyait la tête de l'enfant saillante au dehors et allongée en pain de sucre. Après cet accouchement, le sentiment du poids devint plus considérable.

Cinq ans après, à vingt-huit ans, nouvelle grossesse; écoulement blanc jaunâtre très abondant, très irritant, ayant une odeur forte et désagréable; les lèvres de la partie étaient enflammées et brûlantes; la partie supérieure des cuisses était même irritée. Elle attribue cet écoulement et l'inflammation de la vulve à une blennorrhagie que son mari aurait contractée au dehors pendant sa grossesse. Le second accouchement fut prompt et facile; la pesanteur qu'elle éprouvait vers la partie n'en fut pas accrue; elle eût été plutôt moindre.

A trente-neuf ans, violente inflammation de la matrice et de l'ovaire gauche; fièvre intense, douleurs très vives derrière le pubis, dans tout le ventre, mais surtout à gauche; douleur et pesanteur vers la partie gauche de l'entrée du vagin.

Peu à peu, sous l'influence d'un traitement émollient et antiphlogistique, ces accidents aigus se calmèrent, et ils furent remplacés par les accidents suivants, qui étaient ceux qu'éprouvait la malade quand elle vint me consulter : flueurs blanches comme du lait dont elles ont la consistance, assez abondantes pour tomber à terre lorsque la malade se met debout; d'autres fois, elles sont épaisses, jaunâtres et filantes comme du blanc d'œuf. Il y a donc, chez elle, deux espèces d'écoulements, l'un vaginal, et l'autre, le second, venant du col utérin. — Douleurs à l'entrée de la vulve et surtout à gauche; douleurs dans les lombes et à la partie antérieure des cuisses dans toute leur longueur. Il existe des souffrances dans les rapports sexuels au point de les rendre presque impossibles, d'où désaccord entre elle et son mari, tristesse et chagrins habituels et nécessité de redoubler de travail pour satisfaire aux besoins de la maison. — Les règles sont encore devenues plus abondantes et se prolongent sous forme de pertes, d'où amaigrissement et affaiblissement. — Les fonctions de la vessie ne sont pas troublées; la miction est devenue seulement un peu plus fréquente.

Il n'en est pas de même des fonctions du rectum. La malade ressent presque constamment une pesanteur sur l'anus; elle éprouve de grandes difficultés pour expulser les matières fécales; elle est obligée, pour faciliter la sortie des matières, de prendre une position particulière, de se renverser fortement en arrière, de se mettre dans une position presque horizontale. Si elle prend la position de la défécation, c'est-à-dire si elle s'accroupit et se penche en avant, l'évacuation devient très difficile et même impossible.

Lorsque la malade reste debout, marche, fait des efforts, il vient se présenter dans l'ouverture de la partie un corps dur légèrement saillant qu'elle repousse facilement dans l'intérieur en pesant dessus. — L'examen des organes, après une demi-heure de marche, permet de constater l'état suivant : grandes lèvres très développées, tuméfiées, rouges et sensibles à leur surface interne. On voit sortir de la vulve une languette épaisse, charnue, résistante, lisse, polie et luisante, aplatie d'avant en arrière. Elle a 3 1/2 centimètres de long; elle est large de 3 centimètres à sa base et de 2 à son sommet, qui descend un peu plus bas à gauche qu'à droite. Ce sommet ne présente aucune ouverture (voy. pl. I, fig. 6), il forme une espèce de bourrelet arrondi d'avant en arrière. Quelques plis de la paroi antérieure du vagin relâchée recouvrent en avant la base de cette languette.

Lorsque l'on presse sur cette tumeur, on la fait rentrer dans l'intérieur du vagin jusqu'à 3 centimètres de l'ouverture vulvaire de ce conduit; il est impossible de la faire remonter plus haut.

Le doigt porté dans le vagin, en suivant la tumeur de son sommet à sa base, remonte jusqu'à la hauteur ordinaire de ce conduit. Il reconnaît que cette base se continue avec les culs-de-sac utéro-vaginaux sans bourrelet ni interruption, et que la partie de la tumeur qui était saillante à la vulve n'est autre chose que l'extrémité libre de la portion sous-vaginale du col de l'utérus allongée. En explorant toute la surface de ce cône auquel le vagin sert de gaîne, on observe que sa face antérieure présente un plan uniforme, régulièrement allongé; — que sa face postérieure, au contraire (fig. 7), présente, vers le tiers supérieur de sa hauteur, une ouverture semi-lunaire et transversale dans laquelle l'extrémité du doigt peut s'engager. En arrière, cette ouverture est limitée par un bord tranchant à concavité inférieure; en avant, par la face postérieure de la base de la languette qui faisait saillie hors de la vulve; sur les côtés, par deux prolongements, sorte de piliers ou de colonnes, qui partent de la face postérieure et des côtés de la base de la languette pour aller se perdre insensiblement sur la face postérieure de la base du cône. Au sommet de la colonne droite on sent un renflement pisiforme, ferme et résistant (probablement un petit kyste folliculaire).

Tout le pourtour de cette ouverture, qui n'est autre que celle de la matrice, est souple, doux et comme villeux au toucher. L'hystéromètre introduit par elle dans la cavité cervico-utérine pénètre à 8 1/2 centimètres de profondeur.

La totalité de la longueur du col ainsi hypertrophié, mesurée de sa base à son sommet, est de 7 1/2 centimètres. Sur ces 7 1/2 centimètres, la lèvre antérieure, à elle seule, entre pour 5 centimètres, ce dont il est facile de s'assurer en examinant la tumeur par sa face postérieure (pl. I, fig. 7). L'application du spéculum fit confirmer tout ce que mon doigt avait senti.

Après avoir reconnu et constaté qu'il s'agissait ici d'un allongement simple du col accompagné d'un léger degré d'abaissement de l'utérus, et non d'une descente de cet organe, et sachant par expérience que tout traitement médical est inutile dans ces cas d'allongements considérables, je n'hésitai pas un seul instant, en raison des accidents que cette affection déterminait, à proposer à la malade d'enlever la portion hypertrophiée. Cette opération fut aussi tôt acceptée que proposée, et je la pratiquai, le 28 novembre 1850, en présence de MM. le doc-

teur Chambert, directeur de l'asile des Aliénés de Pau, et Foy, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, qui m'avait adressé la malade.

Cette opération n'offrit rien de particulier; elle fut prompte et aussi simple que possible. En arrière, j'incisai presque immédiatement au-dessous de l'insertion du vagin; en avant, j'enlevai, avec la tumeur, un pli que la muqueuse vaginale formait vers la base du col. Deux heures après environ, elle eut une hémorrhagie pour laquelle je fus appelé. L'élévation du bassin, une injection d'eau froide, un tamponnement de l'ouverture vulvaire avec de la charpie trempée dans de la poudre de colophane, suffirent pour l'arrêter. La malade n'éprouva aucun autre accident, soit primitif, soit consécutif.

Vingt jours après, elle était entièrement guérie non-seulement des suites de son opération, mais des incommodités et accidents qu'elle éprouvait. Plus de flueurs blanches, plus de pertes sanguines, plus de poids, plus de pesanteur, ni de tumeur dans l'ouverture vulvaire; plus de difficultés pour aller à la garderobe. La défécation peut s'accomplir dans la position ordinaire; les règles sont revenues au bout de deux mois et ont continué jusqu'à ce jour sans être trop abandantes (juillet 1858).

Examen de la portion enlevée (pl. I, fig. 7). — Elle a une longueur de 7 centimètres. En avant, elle ne présente rien de remarquable; aussi n'est-elle représentée que par sa face postérieure. A l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, on observe l'ouverture transversale et semi-lunaire de la cavité du col, et ce qu'il y a de plus particulièrement remarquable, c'est que, par suite du développement hypertrophique et de l'élongation de la lèvre antérieure, la partie inférieure de la cavité du col a été entraînée au dehors dans l'étendue de 2 centimètres. Toute cette partie est d'un rouge vif, villeuse, couverte d'un épithélium très mince; elle présente les plicatures de l'arbre de vie, et dans les sillons qui séparent ces plis, les follicules muqueux de Naboth et les ouvertures de ces follicules eux-mêmes hypertrophiés et remplis d'un mucus clair et transparent. On dirait qu'un poids assez considérable a été accroché au bord libre de la lèvre antérieure et l'a entraînée en bas en attirant au dehors la surface interne de l'organe. La face interne de la lèvre postérieure a été elle-même attirée au dehors par les deux colonnes latérales et postérieures de la lèvre antérieure et l'excès de nutrition.

La petite tumeur pisiforme que l'on sentait par le toucher au sommet de la colonne droite est un follicule muqueux rempli d'un mucus épais et filant. Les artères et les veines sont plus développées qu'à l'état normal. En disséquant la tumeur, j'ai trouvé dans son épaisseur, surtout vers ses parties latérales, trois artères ayant plus de 1 millimètre de diamètre. Le reste du tissu avait conservé tous ses caractères normaux.

Lorsqu'on jette un coup d'œil rétrospectif sur les troubles fonctionnels et les accidents qu'a éprouvés cette malade, on voit que son affection a dû commencer à se développer de bonne heure et presque spontanément, sans cause bien évidente, et que son premier accouchement laborieux n'a été que l'occasion d'un accroissement plus rapide de la maladie; que le second accouchement n'a pas aggravé la position de la malade (il en a été de même chez la malade qui fait le sujet de la première observation); et que c'est surtout après une violente inflam-

mation des organes génitaux que l'allongement s'est accru en très peu de temps, au point de venir faire saillie au dehors. On voit aussi que, si l'allongement était accompagné d'un certain degré d'abaissement de l'utérus, la plupart des accidents et l'abaissement lui-même étaient dus à l'allongement; car ils disparurent immédiatement après l'opération qui rendit à l'organe sa longueur et son poids habituels.

OBSERVATION VI. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et des deux lèvres du museau de tanche. — Ablation de cette partie. — Guérison.* (*Recueillie par M. Bonnemaison, interne.*)

Le 17 mai 1858, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 3, une femme nommée Jonet (Marie), âgée de vingt-huit ans, née en Angleterre, demeurant rue Marcadet, 11, à Montmartre, n'exerçant aucune profession, ne s'occupant que de sa maison et de son enfant. Accouchée il y a neuf mois.

Chez cette malade, les menstrues se sont montrées pour la première fois à l'âge de dix-sept ans seulement. Elles furent toujours précédées de flueurs blanches assez abondantes, de céphalalgie hémicrânienne durant un ou deux jours, de faiblesse et de gonflement dans les jambes. Ses règles coulaient six jours avec une intensité modérée, et après leur disparition, les flueurs blanches muqueuses se montraient de nouveau avec une intensité qui allait en décroissant jusqu'à une nouvelle période menstruelle, où elles recommençaient à se montrer abondantes.

Cette malade, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, a joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'époque de son mariage, qui a eu lieu en octobre 1856. Dix mois après, elle accouche d'un enfant bien portant. L'accouchement a été très douloureux, mais il s'est fait sans l'intervention d'aucune manœuvre spéciale; les suites de couches ont été normales : la malade est restée onze jours au lit.

Trois jours après son accouchement, en allant à la selle, elle s'aperçut, dit-elle, que la matrice s'abaissait; elle avait la sensation d'un corps pesant tendant à sortir lorsqu'elle se mettait debout, et tendant à rentrer quand elle s'asseyait. Pas de douleurs, pas d'hémorrhagies.

Depuis l'accouchement, les règles sont restées supprimées pendant quatre mois; il y a des flueurs blanches très abondantes et une constipation opiniâtre. Depuis leur réapparition, les règles sont plus abondantes qu'avant la grossesse : elles durent huit jours.

La malade, qui est adressée à M. Huguier par M. le docteur Contour, entre dans le service, parce qu'elle éprouve des pesanteurs et des douleurs, légères par intervalles, irrégulières et sans cause connue. Quand elle s'assied, il lui semble que quelque chose lui remonte vers le ventre. Elle ne peut soulever et porter son enfant sans éprouver des douleurs dans la partie et dans les reins. Les flueurs blanches sont devenues extrêmement abondantes et épuisent ses forces. Toutes les autres fonctions utérines et générales s'exécutent bien et sans aucune douleur.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, à peine est-il arrivé à une profondeur de 5 centimètres, qu'il rencontre deux languettes flottantes, mobiles sur leur base qui repose sur une partie solide et cylindrique. C'est le museau de tanche qui s'est hypertrophié, ainsi que les deux lèvres qui sont allongées et effilées. Le tout est d'ailleurs parfaitement resté dans l'axe du vagin, ce qui explique pourquoi la miction et la défécation ne sont pas troublées.

La languette, ou lèvre antérieure du col, est plus longue que la postérieure; elle est molle, très mobile, lisse et unie en avant; en arrière, au contraire, elle est rugueuse et granuleuse. Ces rugosités sont plus nombreuses à sa base, vers l'orifice utérin. Dans ce point, elle offre au doigt la sensation d'un drap grenu. Elle a environ 3 centimètres de long sur 2 1/2 de large à sa base, où elle se continue avec la portion sous-vaginale du col, elle-même allongée de près de 2 centimètres.

La languette, ou lèvre postérieure du museau de tanche, est un peu moins allongée en bas que sa congénère; mais la portion du col qui la supporte se prolonge davantage en haut et en arrière; d'où il suit que le cul-de-sac vaginal postérieur est très profond. Sa face antérieure qui avoisine l'orifice de l'utérus, est aussi rugueuse; sa face postérieure, qui est en contact avec la paroi postérieure du vagin, est lisse et polie. Quant à sa forme, ses dimensions et sa consistance, elle ne diffère pas de la languette antérieure.

L'examen au spéculum ne montre rien de particulier que le toucher n'ait fait connaître. La tumeur, dans son ensemble, a la forme d'une mitre d'évêque renversée.

La muqueuse qui tapisse la tumeur à l'extérieur est unie et d'un rose normal. Au dedans, c'est-à-dire sur les surfaces contiguës des languettes et vers l'orifice utérin, elle est d'un rouge vif, et offre les saillies granuleuses et folliculaires que le doigt avait constatées.

En soulevant avec l'extrémité de l'hystéromètre, la languette antérieure, on découvre l'ouverture du col de l'utérus. Les parties qui l'entourent sont d'un rouge très intense, dépourvues d'épiderme et comme veloutées. L'hystéromètre porté dans cette ouverture pénètre facilement dans la cavité de la matrice dont l'étendue, la situation et la direction sont normales. — Prescription : un bain, injections vaginales émollientes, trois portions d'aliments.

Pour arrêter les progrès ultérieurs de cette affection qui déjà, en un temps très court, avait pris un développement assez considérable, et, pour débarrasser de suite la malade qui se montre très impatiente et désire rentrer le plus promptement possible chez elle et auprès de son enfant, MM. Huguier et Contour décident que la résection du col sera pratiquée sans essayer préalablement les cautérisations qui eussent exigé beaucoup de temps et peut-être n'eussent pas réussi.

Le 26 mai, neuf jours après l'entrée de la malade, M. Huguier, en présence de M. le docteur Contour, pratique la résection de la portion sous-vaginale du col.

L'opération est prompte, très peu douloureuse; la malade ne profère aucune plainte. Il s'écoule très peu de sang, à peine un verre. — Une boulette de charpie, munie d'un long fil et imbibée de perchlorure de fer, est placée avec de longues pinces sur la plaie du col. Trois autres boulettes sèches sont ensuite introduites par-dessus la première pour la maintenir en contact avec la plaie. Aucun écoulement de sang et aucun accident ne se manifestèrent. (Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger; frictions sur les jambes et les cuisses avec quelques gouttes d'huile de croton tiglium comme révulsif préventif: deux bouillons.)

Le soir, pas de douleur, pas de fièvre; la malade se plaint seulement d'un léger mal de tête (bain de jambes sinapisé).

Examen de la partie enlevée. — A l'extérieur, c'est-à-dire sur toute la surface qui était en contact avec la face interne du vagin, tant sur la base du col que sur les languettes, l'aspect du tissu est lisse et normal; mais sur la surface interne ou contiguë des languettes, dans les deux tiers inférieurs de leur longueur, la muqueuse, bien que saine quant à la couleur, l'épaisseur et la consistance, est soulevée par quatre ou cinq (pour chaque languette) petites granulations, du volume d'un grain de millet et remplies d'un liquide opaque et visqueux. Dans le tiers supérieur de cette même surface et sur la partie qui avoisine l'orifice utérin, dans l'étendue de

près d'un centimètre, la membrane muqueuse est rouge, hérissée de petites villosités hémisphériques et creusée de lacunes comme la muqueuse des amygdales, seulement elles sont plus petites. En aucun point de cette partie, la muqueuse ne présente d'ulcération; il n'y a que l'épiderme qui soit enlevé. Quant au tissu profond du col, il est tout à fait sain.

Le 27, la malade continue à bien aller. Pas d'hémorrhagie, pas de douleur, pas de fièvre. Les boulettes de charpie sont tombées. Les papules produites par l'huile de croton sont nombreuses et très développées; c'est la seule chose dont se plaigne un peu la malade.

Le 28, même état; aucune souffrance; pas le moindre accident : deux portions d'aliments.

Le 11 juin, la malade sort parfaitement guérie.

Le 21 juin, elle vint, comme nous le lui avions recommandé, à la consultation de l'hôpital pour faire constater son état. Elle est tout à fait bien portante et ne souffre en aucune façon, bien qu'elle soit venue à pied et portant son enfant dans ses bras depuis Montmartre. Le col fait deux petites saillies inégales et nullement douloureuses au fond du vagin.

Chez cette jeune femme, il semblerait que la maladie ait commencé à se développer pendant la grossesse, sous l'influence de la congestion sanguine dont l'utérus a été le siége, car elle s'en aperçut trois jours après son accouchement. Les quatre mois qui suivirent et pendant lesquels les règles ne reparurent pas, virent le mal s'accroître d'une manière très sensible. Ce fut surtout après ce temps que des troubles se manifestèrent du côté de l'appareil sexuel. Elle rentrerait dans la catégorie des femmes dont Leroux (de Dijon) dit : « Dans certaines » femmes (enceintes), il n'y a que la lèvre antérieure de l'*os tincœ* qui » se prolonge; dans d'autres, c'est le col entier. Je l'ai trouvé sortant » hors de la vulve et représentant le col d'une bouteille avec son bour- » relet à l'extrémité....... Dès que les douleurs de l'accouchement se » déclarèrent, le col diminua de longueur et s'effaça peu à peu à mesure » que l'orifice utérin se dilata (1). »

Depuis que j'ai fait connaître les accidents que peut quelquefois causer un simple allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col que l'on confond habituellement avec la descente de la matrice, et le moyen d'y remédier, plusieurs de mes collègues ont suivi mon exemple avec succès. Je vais en rapporter quelques observations, et je commencerai par un fait que je dois à M. Follin, et qu'il m'a permis de publier entièrement.

(1) *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches*. Paris, 1776, pag. 14.

Observation VII. — *Brièveté du vagin. — Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col d'abord considéré comme une descente de matrice. Application des pinces de M. Desgrange (de Lyon). — Récidive immédiate; puis résection du col par M. Follin. — Guérison. (Recueillie par M. Vautrin, interne de MM. Malgaigne et Follin.)*

Le 27 octobre 1854, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 3, service de M. Malgaigne, alors remplacé par M. Follin, la nommée Bouillet (M.-E.), âgée de vingt-trois ans, passementière, mariée depuis deux ans.

Cette malade est entrée pour se faire traiter de douleurs dans les reins et dans le ventre, d'une grande faiblesse, qui lui restaient à la suite d'une perte arrêtée depuis huit jours. Cette femme est d'une constitution chétive, d'un tempérament nerveux et lymphatique. Traces de rachitisme sur les tibias; stature très petite.

Elle a été réglée à treize ans. Menstrues assez régulières, quoiqu'un peu douloureuses; plus tard, elles firent souffrir davantage la malade, et des douleurs habituelles dans les reins et dans les aines se manifestèrent. Dix-huit mois après l'apparition des premières règles, cette femme aperçut une petite tumeur qui lui sortait des lèvres de la vulve. Cette apparition de la tumeur s'est faite en très peu de temps, pendant la durée d'une bronchite rebelle, accompagnée de fortes quintes de toux. Aujourd'hui, elle ne sort pas beaucoup plus que les premiers jours. A partir de ce moment, les règles, quoique toujours douloureuses, l'étaient beaucoup moins cependant. Les douleurs de reins étaient moins fortes, mais aussi elles étaient plus intenses dans les aines. La marche était assez pénible, la course impossible.

Le col rentrait avec facilité sans que la malade y touchât; il rentrait aussitôt qu'elle était couchée; gastralgie habituelle; leucorrhée abondante. Malgré cette incommodité, elle se marie à l'âge de vingt et un ans : elle dit qu'elle ne se doutait pas que son état fût anormal. — Son mari reconnaît qu'il existe chez elle quelque chose qui n'est pas ordinaire; il la conduit chez un médecin qui la déclare atteinte d'une descente de la matrice et conseille un pessaire qui n'a jamais été mis.

Les rapports sexuels étaient difficiles et douloureux. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni fait de fausses couches; jamais de retard dans les règles, qui sont plutôt trop abondantes que pas assez.

Vers le 25 septembre de cette année (1854), maux de reins très violents venant après une époque menstruelle. Perte sanguine abondante le 26. Les rapports sexuels avaient été plus fréquents et avaient eu lieu même pendant le commencement des règles. Cette perte dure dix jours. Ce sont les douleurs et la faiblesse qui suivirent cette perte qui amenèrent la malade à l'hôpital, et non la tumeur de la partie qui ne lui causait pas de souffrances.

A l'examen des organes sexuels on aperçoit le col de l'utérus au dehors, sortant de la vulve d'à peu près 3 centimètres. Le doigt porté dans le vagin fait constater une brièveté de ce conduit. Le col repoussé dans le vagin ne peut remonter très haut. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est un allongement considérable du col. La cavité cervico-utérine mesurée donne 13 centimètres du museau de tanche au fond de la matrice, dont le corps est lui-même peu volumineux.

Le 15 novembre, toute complication abdominale étant disparue, M. Follin tente d'abord de rétrécir le calibre du vagin. Il applique cinq des pinces de M. Desgranges circulairement sur la muqueuse vaginale, à 3 centimètres à peu près de la vulve, le col étant préalablement repoussé le plus haut possible. Six jours après, toutes les pinces étaient tombées, mais déjà le

col était reporté au dehors autant qu'avant cette tentative. M. Follin prie alors M. Huguier, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet de venir voir la malade.

M. Huguier vint le 10 décembre et constata que le vagin était plus court qu'à l'état normal ; que la longueur totale de la cavité utérine était de 13 centimètres ; que l'excès de longueur de cette cavité était la conséquence d'un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, qui formait dans le vagin et jusqu'à l'ouverture vulvaire, une tige cylindrique qui avait la plus grande ressemblance avec un pénis circoncis ; — que le vagin n'était pas renversé, même à son extrémité supérieure ; qu'il n'y avait, comme dans presque tous ces cas, qu'un léger degré d'abaissement de l'utérus, mais non une descente de cet organe ; que la seule chose à faire était l'ablation de la partie exubérante du col.

M. Follin ayant constaté tous ces faits se rallie de suite à l'opinion de M. Huguier. L'opération fut pratiquée le 12 décembre. Les règles qui étaient reparues, avaient cessé depuis trois jours. La malade est préalablement chloroformée. M. Follin place tout d'abord une bougie de gomme élastique dans la cavité utérine ; puis, introduisant l'index de la main gauche dans l'anus pour faire proéminer au dehors et en avant le cul-de-sac postérieur du vagin, tandis qu'un aide soulève et repousse en avant le cul-de-sac antérieur à l'aide d'une sonde placée dans l'urèthre, il fait une incision circulaire environ à 3 centimètres du museau de tanche.

Il n'y eut ni hémorrhagie, ni fièvre, ni accidents primitifs ou consécutifs. Elle sortit guérie le 4 janvier 1855. Depuis plusieurs jours déjà elle se levait sans éprouver la moindre douleur, et sans avoir vu ou senti reparaître sa tumeur. Les maux d'estomac et les flueurs blanches n'existaient plus.

Il est probable que chez cette jeune femme l'allongement anormal du col a commencé avec l'apparition des règles qui a eu lieu de bonne heure, car depuis ce temps, non-seulement elle a souffert à chaque époque mensuelle, mais encore elle a ressenti des douleurs habituelles dans les reins et les aines. C'est à l'âge de quatorze ans et demi que, sans avoir jamais eu de rapports sexuels, elle vit apparaître à la vulve le col de l'utérus, après des efforts de toux souvent renouvelés. Il est donc probable que son affection a été le résultat d'une simple altération de la nutrition, fonction qui avait déjà été troublée antérieurement, puisqu'elle était atteinte de deux vices de conformation, la brièveté du vagin et la déformation rachitique des os.

C'est une chose remarquable que chez la femme rachitique on observe assez souvent un développement anormal et excessif des organes sexuels. Il est à regretter qu'on n'ait pas porté les investigations du côté des mœurs et des habitudes de cette jeune femme dans son enfance. Peut-être aurait-on appris qu'elle avait contracté dès sa jeunesse des habitudes d'onanisme qui ont surexité et développé les organes génitaux. Peut-être même la faiblesse de la constitution et le rachitisme ont-ils été la conséquence de cette vicieuse et funeste habitude.

Observation VIII. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col. — Résection de cette partie par M. Broca. — Guérison.*

Voici les renseignements que je dois à l'obligeance de M. Broca et de M. Martin, son interne. Bien qu'incomplets sous certains rapports, ils montrent que l'allongement hypertrophique du museau de tanche peut être parfaitement guéri, ainsi que les inconvénients qui s'y rattachent, par la résection de la partie qui est en excès.

Le 28 mars 1856, est entrée à l'hôpital de Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 10, la nommée Bru...., Jos...., âgée de vingt-cinq ans, lingère, mariée à Pierre Droguet, née en Savoie, demeurant rue des Poissonniers, 32, à Montmartre.

La femme Droguet s'est présentée à nous avec une hypertrophie considérable du col utérin (surtout dans le sens de la longueur). Le col avait plus de 6 centimètres de long; l'utérus rendu plus lourd, était un peu abaissé.

Il est probable que la malade souffrait des organes sexuels lors de son entrée, car j'ai trouvé sur le registre de l'établissement, comme motif d'admission, l'indication d'une métrite.

Le coït était tout à fait impossible, dit M. Broca, et c'est pour ce motif que le mari a en quelque sorte exigé que sa femme se fît opérer. Celle-ci pressa beaucoup M. Broca, qui pratiqua la résection du col. « Il enleva, dit M. Martin, une très grande partie du col exubérant » avec de grands ciseaux courbes, après l'avoir attiré au dehors à l'aide d'érignes. Vers deux » heures, M. Silvestre (un autre interne) et moi fûmes appelés pour arrêter une hémorrhagie » qui était survenue. Nous l'arrêtâmes très bien à l'aide de tampons imbibés de perchlorure » de fer et appliqués sur la partie saignante. » Cette hémorrhagie ne se renouvela pas. Ce fut, du reste, le seul incident fâcheux qui survint; car, à partir de ce jour, la cicatrisation marcha sans encombre. La réaction fébrile avait été peu intense et facile à apaiser.

Vers la fin du mois, la malade se levait souvent et marchait très bien. Le 1er mai, elle se fit renvoyer pour cause d'insubordination.

Pour savoir ce qui était advenu ultérieurement, M. Martin se rendit, un de ces jours derniers (20 juin 1858), à l'ancien domicile de la malade. Là il apprit d'une de ses amies, et non d'elle (car, depuis près de deux ans, elle a quitté la France), qu'après sa sortie de l'hôpital, elle garda la chambre une dizaine de jours, mais sans rester au lit; elle allait souvent chez ses voisines. Au bout de ces dix jours, elle reprit complétement ses habitudes; elle pouvait user facilement des rapports sexuels, et elle vantait à tout le monde la parfaite réussite de l'opération et l'habileté du chirurgien. Elle partit au bout de quelque temps. Huit mois après, elle écrivit une lettre à son amie. Elle lui disait qu'elle se portait à merveille. Les règles avaient reparu avant qu'elle ne quittât Paris, en sorte que tout se passait bien du côte de l'utérus.

Je vois dans l'ouvrage de Scanzoni qui vient de paraître tout récemment (1), que ce savant professeur a aussi recours contre cette maladie à l'amputation du col. Voici comment il s'exprime : « Pour ce qui concerne le traitement, nous avons si souvent constaté le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques, tant généraux que locaux, que

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduit de l'allemand. Paris, 1858, p. 65.

maintenant nous ne pratiquons plus que l'amputation de la partie hypertrophiée. »

L'allongement hypertrophique du museau de tanche, sans être très considérable, lorsqu'il présente 3 ou 4 centimètres par exemple, peut, avons-nous dit, être compliqué d'antéversion ou de rétroversion plus ou moins complète, et donner lieu à des troubles fonctionnels et à des accidents plus ou moins sérieux ou insupportables, soit du côté du rectum, soit du côté de la vessie, et qui ne cèdent qu'après la résection de la partie exubérante. C'est ainsi qu'en 1852 je fus obligé d'avoir recours à cette opération pour un allongement du col accompagné de rétroversion. C'est ce cas qui va faire le sujet de la neuvième observation.

OBSERVATION IX. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Kystes folliculaires de cette partie. — Rétroversion. — Amputation du col. — Guérison.*

Le 13 juillet 1852 est entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, salle Sainte-Clotilde, n° 386, une malade nommée Eugénie Chartier, âgée de quarante-trois ans, cuisinière, demeurant rue Lamartine, 33, née à Pleine-Fougères (Ille-et-Vilaine).

La menstruation a débuté à quatorze ans sans difficulté ; elle a toujours été régulière, mais peu abondante. Cette malade est accouchée pour la première fois à trente et un ans. La parturition fut longue et difficile ; on administra du seigle ergoté peut-être trop tôt ; il détermina des douleurs très vives, mais bientôt elles cessèrent et l'enfant resta au passage. On fut alors obligé, nous dit-elle, de faire une section avec des ciseaux (est-ce du col utérin ou de la vulve?). Enfin l'accouchement se termina et l'enfant vint vivant.

Mais, à la suite de l'accouchement, la mère eut une descente de matrice qui la faisait beaucoup souffrir, quand elle voulait rester longtemps debout, marcher ou faire quelque effort violent ; cette descente amena des troubles, surtout du côté de la défécation et de la miction.

A l'âge de trente-huit ans elle eut une fausse couche de cinq mois produite par une imprudence ; mais *elle n'aggrava pas sa position*. Elle a presque toujours eu de la leucorrhée. Les rapports sexuels, dont elle abusait quelquefois, devenaient douloureux quand le pénis pénétrait trop profondément.

Dans les premiers jours de mai 1852, il survint, sans cause connue un écoulement vaginal abondant, des douleurs lombaires et hypogastriques pendant la marche, des mictions douloureuses et sanguinolentes, de la difficulté dans la défécation. On prescrivit des bains et des injections d'eau blanche froide. Cette dernière prescription arrêta les règles. Le ventre se gonfla et devint douloureux. A tous ces accidents se joignirent des douleurs lombaires, des coliques et de la fièvre.

Lorsque des bains et des injections émollientes eurent fait cesser ces troubles, on put constater une rétroversion de l'utérus très prononcée. On eut alors recours à un pessaire introduit dans le rectum (boule en caoutchouc distendue par de l'air). Mais comme ce moyen déterminait des accès d'étouffement, il fallut y renoncer. Tous ces moyens de traitement avaient

été employés à la maison de santé, dans le service de M. Vigla, d'où la malade sortit le 6 juillet.

Depuis son entrée à Beaujon, elle a des besoins fréquents d'uriner, des douleurs lombaires, des coliques, de la gêne dans la défécation, dont le besoin se fait souvent éprouver.

Examinée le 13 juillet 1852, on trouve un col volumineux, mais lisse, soulevé de place en place par de petites éminences grosses comme des petits pois et que M. Huguier regarde comme des kystes folliculaires. Le col utérin est entr'ouvert et admet facilement l'extrémité du doigt. L'utérus est à peu près à sa hauteur normale; l'introduction de l'hystéromètre le prouve, comme elle démontre l'existence d'une rétroversion. On constate que la cavité utérine a 10 centimètres de profondeur. Le vagin, dilaté, permet à la vessie et au rectum de faire un peu hernie.

Examinée de nouveau le 17 juillet, on constate que les follicules du col utérin sont moins nombreux et moins volumineux. La malade a ses règles depuis deux jours.

Le 3 août, nouvel examen. On trouve un écoulement filant et muqueux venant de l'intérieur du col, car il n'est pas trouble et séreux comme celui qui vient de l'intérieur du corps. On constate un abaissement de la matrice; on voit encore l'endroit où trois kystes du col ont été ouverts. L'hystéromètre fait voir que la cavité utérine est augmentée: 10 centimètres de diamètre vertical. Le doigt introduit dans le col sent que sa face interne est inégale, froncée, elle présente une dilatation ampullaire et un rétrécissement de l'orifice cervico-utérin. Il y a une déchirure du périnée pour laquelle on se propose de faire une opération.

Le 9 août. Examinée au spéculum, cette femme fut prise d'une si grande frayeur que les règles parurent en abondance et empêchèrent de continuer l'examen. Elles ne devaient paraître que dans quelques jours.

Le 11 août. La malade a de grandes douleurs au niveau du sacrum. La métrorrhagie continue, mais elle est peu abondante; elle offre un sang semblable à de l'eau rougie; on applique huit sangsues dans les aines, quatre de chaque côté. Cinq de ces sangsues seulement prennent; le sang coule très peu.

Le 16. Pesanteur et douleurs très vives quand la malade se lève.

Le 27. Le col est très allongé; il a 4 centimètres 1/2 de long; il est très irrégulier. La cavité utérine a 9 centimètres 1/2 de diamètre vertical.

Le 29 août. Amputation du col. Considérant qu'il est impossible de faire reprendre à l'utérus sa place et sa direction naturelles, et que, par suite de l'allongement et du volume excessif du col, les fonctions rectales et vésicales sont très sérieusement troublées, M. Huguier se décide à faire à cette malade l'opération qu'elle réclame. Après avoir introduit un spéculum, M. Huguier saisit le col avec une forte pince de Museux, puis avec un couteau long, étroit et courbé sur le plat, il incise rapidement la portion sous-vaginale du col en laissant le vagin intact. Ceci fait, on introduit une sonde de gomme élastique portant à son extrémité une forte mèche solidement fixée et chargée de comprimer la plaie du col et de diminuer par conséquent les chances d'hémorrhagie. Des compresses fendues dans leur milieu pour laisser passer la sonde et appliquées sur les parties génitales complètent le pansement : un bandage en T sert à maintenir le tout.

Une fois l'opération et le pansement terminés, la malade est reportée sur son lit; on place un coussin sous les cuisses et un autre sous les reins, afin que le siége et le bassin occupent une situation aussi basse que possible.

En examinant la tumeur enlevée, on lui reconnaît tous les caractères qu'on avait remarqués

avant l'opération. Elle offre une longueur de 3 centimètres 1/2; elle est bosselée et présente à nu les ouvertures de cinq ou six kystes folliculaires volumineux.

Le 31 août. La malade n'a pas eu de fièvre ; elle se trouve très bien ; elle a perdu hier dans la matinée une assez grande quantité de sang. On a changé la mèche, et tout est rentré dans l'ordre. Le 1er septembre la malade mange une portion.

Le 3 septembre. Un peu d'écoulement sanguin ; mais le sang qui est perdu est en très petite quantité. La malade éprouve de temps en temps quelques élancements dans le bas-ventre. On fait une friction sur les cuisses et sur l'abdomen avec l'huile de croton.

Le 10 septembre. Il n'existe plus aucune trace de douleur. En examinant la malade au spéculum, on voit la plaie faite avec le bistouri présenter un aspect infundibuliforme ; il se fait un écoulement très peu abondant d'une sérosité roussâtre.

Le 14 septembre. La malade se trouve très bien, et l'on entreprend de rétrécir la vulve en cautérisant la fourchette au fer rouge. Cette opération est suivie de violentes douleurs qui continuent les jours suivants. Le 21, l'eschare ne tombe pas encore, et il existe toujours de la souffrance ; le 28, la plaie faite par le fer rouge est en voie de guérison : la malade a ses règles.

Les jours suivants tout se passe bien, la malade ne souffre plus; elle peut se lever, se promener ; elle est débarrassée de tous les accidents qu'elle éprouvait avant son opération. M. Robert a pu examiner la malade le 9 novembre et constater, comme nous, l'heureux résultat de l'opération pratiquée. La malade sort entièrement guérie le 10 novembre.

Sur la fin de 1854, M. Marchal (de Calvi) opéra en ma présence et avec un plein succès une dame qui était atteinte d'un allongement hypertrophique du col avec antéversion. Cette affection causait vers l'anus et le rectum des incommodités et des accidents insupportables, qui avaient résisté à tout autre traitement. Il n'y eut aucun accident, si ce n'est une hémorrhagie qui se manifesta vers le milieu de la journée, et que nous arrêtâmes facilement par le tamponnement de l'ouverture vulvaire, et l'élévation du bassin. Ces jours derniers, M. Marchal m'affirmait que cette dame était encore aujourd'hui très bien portante, et qu'elle se félicitait du parti qu'elle avait pris de se laisser opérer.

Au reste, voici le fait rapporté dans tous ses détails par M. Marchal (de Calvi) lui-même.

Observation X.

Madame X..., âgée de quarante ans, frêle et de délicate apparence, mais douée d'une grande force de résistance vitale, femme du monde, allant au spectacle, montant à cheval, voyageant souvent, a pourtant souffert et s'est soignée pendant une grande partie de sa vie. Elle était dyspeptique, mais se plaignait surtout d'un malaise profond, intolérable, dans le fondement et dans les reins, malaise qu'elle avait peine à définir et qui était comme une inquiétude que les femmes, surtout les femmes grosses, éprouvent dans les membres inférieurs après être restées longtemps assises, au spectacle par exemple, et qui les forcent à se lever malgré tout.

Littéralement madame X.... ne pouvait tenir en place, du moins elle souffrait partout et toujours, assise, couchée et en voiture. Elle avait dû renoncer à l'équitation. L'industrie des fauteuils, des causeuses, des lits de repos et des coussins était poussée chez elle jusqu'aux dernières limites. Ses amies en riaient quelquefois comme d'une excentricité, mais c'était une nécessité trop réelle. Évidemment il y avait quelque chose, soit à l'anus, soit dans le rectum, soit dans les organes génitaux. Je procédai à un examen attentif :

A l'anus il n'y avait rien, si ce n'est quelques replis cutanés assez longs, vestiges d'anciennes hémorrhoïdes aujourd'hui complétement flétries; il n'y avait entre ces replis aucune fissure, et d'ailleurs la malade n'éprouvait point la douleur pathognomonique pendant la défécation. Somme toute, l'anus, soigneusement examiné et à diverses reprises, ne présentait aucune lésion qui pût donner l'explication des symptômes. Il en était de même du rectum : le toucher n'y faisait reconnaître rien d'anormal, hormis le col utérin repoussant la paroi correspondante de l'intestin. Mais ceci était en dehors du rectum, qui, comme son orifice, devait être mis hors de cause. Restait l'appareil sexuel.

La cause du mal était là. Il existait une antéversion et une hypertrophie du col. Allongé et hypertrophié selon l'épaisseur, le col *pressait* sur la paroi rectale antérieure et la repoussait fortement. Du reste, à part l'hypertrophie, il était parfaitement sain ; son volume égalait celui de la phalange onguéale du pouce d'un homme ayant la main très forte. J'insiste sur ceci : non-seulement le col *appuyait*, mais (et c'est une distinction fort importante) il *pressait* sur le rectum, au-dessus de l'anneau des sphincters. On dirait parfois que l'utérus est animé d'un mouvement spontané qui porte fortement son col et le maintient dans tel ou tel sens. Il en résulte alors de grandes souffrances continues, et dont aucune position ne soulage les malades qui souffrent assises, souffrent en marchant et ne gagnent rien à rester couchées. C'est ce que je vois en ce moment chez une demoiselle d'une trentaine d'années qui a un déplacement latéral droit dans lequel le col, qui n'est pas hypertrophié, presse sur le côté gauche du bassin.

Les souffrances de madame X..., bien que journalières et continues, n'avaient pas toujours la même intensité. Par des examens successifs, j'arrivai à reconnaître qu'après l'époque menstruelle il y avait une détente ; on sentait le col plus libre, moins tendu, moins fortement appliqué sur le rectum. Mais ce relâchement ne durait que peu de jours, après quoi la tension et la pression revenaient au même degré. Les signes subjectifs, les souffrances, suivaient cette marche ; il n'y avait que quelques bons jours, du moins passables, après l'époque menstruelle, puis le malaise revenait avec l'impossibilité de rester assise un peu de temps sans souffrir insupportablement, avec la nécessité de passer la journée étendue sur une chaise longue, appuyée sur des coussins, dont un en forme de petit coin sous les reins.

Il est important d'ajouter, car c'est un signe essentiel dont la portée précise concourt avec les précédents à fixer le diagnostic, les matières fécales étaient habituellement minces, aplaties transversalement, rubanées ou en gouttière. La malade elle-même en fut frappée. Il fallait donc que quelque chose pressât d'avant en arrière sur les matières à leur sortie ; ce quelque chose, c'était le col utérin.

Un grand nombre de médecins avaient été consultés successivement, et une foule de moyens divers, injections de toutes sortes, éponges imbibées de liquides astringents, pessaires, ceintures, etc.. etc., avaient été employés sans aucune espèce de résultats avantageux.

Je crois que les pessaires ont peu de prise dans les déplacements hors de l'axe. Si l'utérus n'est qu'abaissé, le pessaire le relèvera, rien de plus simple ; mais s'il est déplacé, soit en avant, soit en arrière, soit de côté, le plus probable est que le pessaire ne fera que relever le déplacement.

Quant aux ceintures hypogastriques, je me suis assuré que souvent elles ajoutent au déplacement au lieu d'y remédier. Dès qu'une ceinture agit simplement par compression d'avant en arrière, une partie de la force s'exerce par l'intermédiaire du paquet intestinal sur l'utérus, qu'elle repousse en bas. La ceinture ne vaut que quand elle relève le ventre ; or, c'est précisément ce qu'il est difficile d'obtenir, d'autant que le corset, appliqué par-dessus, agit en sens contraire. Quand on fait porter une ceinture, il faut s'assurer de son effet par l'examen direct ; c'est une simple question de mesures à prendre avec le doigt avant son application et pendant qu'elle est appliquée. On évitera ainsi beaucoup de mécomptes. Madame la princesse de ***, amie intime de madame X..., sujet de mon observation, sortait de chez un maître de l'art qui lui avait prescrit une ceinture, qu'elle avait été se faire appliquer immédiatement ; elle était très loin d'en être soulagée et se plaignait beaucoup. Madame X... la décida à se faire examiner par moi séance tenante, et je reconnus que l'utérus était plus bas d'au moins un travers de doigt quand la ceinture était appliquée. Il va sans dire qu'on en fit justice immédiatement. J'ai procuré un notable soulagement à des femmes à ventres proéminents qui éprouvaient à leur lever un grand malaise (tiraillements d'estomac, fausse faim, chaleur aux mains, fatigue, grande faiblesse), en leur faisant porter une ceinture *relevante* qu'elles mettaient avant de quitter leur lit. En dehors de ce cas particulier, je n'ai jamais obtenu d'effet favorable bien apparent de l'application des ceintures hypogastriques, et je serais tenté d'y voir un moyen banal qu'on prescrit le plus souvent, vaille que vaille, comme on met des sinapismes à ceux qui vont mourir.

Je reviens à l'observation de madame X... J'avisai à mettre d'abord ses forces dans le meilleur état, et madame X... fut peut-être la première à Paris à faire usage de l'eau d'Orezza, qui est sans contredit, comme l'a bien établi mon ami M. le docteur Poggiale, la meilleure eau ferrugineuse acidule connue. Ensuite il fallut bien prendre un parti pour remédier à l'état local. La malade était décidée à tout. Je priai notre regretté et si regrettable Valleix de m'aider de ses conseils, et nous décidâmes qu'on essaierait de redresser l'utérus par sa méthode opératoire, à quoi nous procédâmes avec tous les ménagements possibles, et néanmoins il s'en suivit une tension très douloureuse du ventre, avec nausées, resserrement du pouls, etc. Notre inquiétude fut grande ; mais les émollients et un laxatif firent raison de la complication. Ce mécompte, dont la possibilité n'avait pas été dissimulée à madame X..., ne diminua pas son désir de tenter n'importe quelle autre extrémité opératoire. Devant cette résolution et ce désespoir, je n'hésitai pas à proposer l'excision du col utérin. Mais je voulus prendre de nouveau l'avis de Valleix, et de plus nous résolûmes de nous aider des lumières de M. Huguier, dont l'expérience spéciale nous inspirait la plus grande confiance. La consultation eut lieu : j'exposai l'historique du cas, avec détail et par écrit, puis on procéda à l'examen tant des parties génitales que de l'anus et du rectum. Mon diagnostic fut confirmé, et l'on jugea, en effet, qu'il ne restait pas d'autre ressource que l'opération projetée. Madame X... désirait ardemment qu'on la pratiquât le plus promptement possible, et j'y procédai le surlendemain après les préparations convenables, avec l'aide des deux consultants.

Un spéculum large et court, à deux valves, fut introduit avec précaution et remis à Valleix, qui le maintint. Le col, net et distinct, faisait saillie au fond entre les deux valves. Je le saisis de la main gauche avec une pince-érigne longue et forte, et je l'inclinai en haut de manière à tendre la partie inférieure, que j'incisai de droite à gauche avec un couteau à lame fixe, courbe sur le plat, tranchante sur un bord et bien affilée ; je coupai le plus profondément qu'il me fut possible, mais avec une grande difficulté. Tout aussitôt, changeant de couteau, je portai également l'instrument de droite à gauche, mais par en haut, et j'incisai aussi très profondément, en ayant soin de tendre la partie au moyen de la pince-érigne, portée en bas. La patiente

poussa un cri aigu à chaque incision. Le col, tranché haut et bas, mais tenant encore, je me saisis d'une grande paire de ciseaux à fortes lames courbes sur le plat, et j'achevai l'excision, la patiente continuant de s'écrier à chaque coup.

Il faut y avoir mis la main pour savoir combien est forte la résistance du col utérin, resté sain, au tranchant des instruments. Il semblerait qu'on coupe du caoutchouc.

Le col avait été excisé en entier. Il coula peu de sang pendant l'opération, qui fut très rapide.

Je fis un tamponnement modéré, et l'opérée fut couchée sur un lit, les jambes et le bassin hauts, dans le plus grand calme.

J'étais parti depuis une heure environ, lorsqu'on vint me chercher en toute hâte : une hémorrhagie s'était déclarée. Le sang avait coulé abondamment; l'opérée était très pâle, refroidie, le pouls extrêmement déprimé ; il y avait menace de syncope à chaque instant. Je donnai quelques cordiaux d'abord, ce qui se trouva sous la main, du vin sucré, et immédiatement je fis un nouveau tamponnement, beaucoup plus serré, en ayant soin de rouler préalablement les tampons de charpie dans de la poudre de colophane. On mit de la glace sur le ventre; l'hémorrhagie ne se reproduisit plus. Il n'y eut aucun autre accident, et la cicatrisation se fit merveilleusement. Au premier pansement, la charpie était imprégnée de sanie sanguinolente, non abondante, et l'odeur n'avait rien de repoussant.

La diète fut observée pendant trois jours, y compris celui de l'opération. On donna ensuite de petits bouillons, puis des potages, et successivement une nourriture plus substantielle. L'intestin ayant été bien vidé avant l'opération, il n'y eut de garde-robe que le huitième jour, et elle eut lieu sans saignement par le vagin et sans douleur. L'opérée fut toute surprise de voir les matières roulées en boudin cylindrique d'un bon diamètre ; on se rappelle qu'avant l'opération elles étaient rubanées.

Vingt jours après l'opération, madame X... commença à se lever, et elle ne tarda pas à sortir en voiture. Elle se sentait légère et n'avait plus que le souvenir de ses souffrances. C'était, disait-elle, une vie nouvelle, une renaissance. En introduisant le doigt dans le vagin, on constatait l'absence complète du col ; le conduit se terminait en cul-de-sac lisse. Les règles se sont rétablies.

Il y a quatre ans que l'opération a été faite, et madame X... n'est pas devenue grosse ; mais, comme je l'ai dit en commençant, elle avait plus de quarante ans lorsque je fus appelé à la soigner.

Deux autres faits que je n'ai pas rapportés, afin d'éviter de surcharger ce travail ; quelques-uns que l'on trouve dans les recueils scientifiques et qui appartiennent un à Dupuytren, un à Simpson, deux à Ph. Boyer, prouvent l'utilité et l'innocuité de l'amputation de la portion sous-vaginale du col hypertrophiée, dans les conditions que j'ai signalées. Voici, au reste, l'opinion que je trouve énoncée dans un ouvrage qui appartient à l'un des accoucheurs et des gynécologistes les plus distingués de l'Allemagne, le professeur Scanzoni; il dit : « Pour ce qui concerne le traitement (de cette hypertrophie), nous avons si souvent constaté le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques, tant généraux que locaux, que maintenant

nous ne pratiquons plus que l'amputation de la portion hypertrophiée (1). » Depuis la lecture de ce travail à l'Académie, l'un des chirurgiens les plus habiles de Genève, M. Strœhlin, m'a fait savoir qu'il a pratiqué cette opération avec succès le 23 mai dernier pour un allongement hypertrophique de la portion intra-vaginale du col qui avait 8 centimètres de long. Le museau de tanche, ainsi allongé, repoussait l'hymen en bas et s'était jusqu'alors opposé à l'accomplissement de l'acte sexuel.

DEUXIÈME PARTIE.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS. — SA SORTIE AU DEHORS DE LA VULVE.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET HISTORIQUES.

La maladie que les auteurs et les praticiens désignent sous les noms de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète* de la matrice, n'est autre chose, dans la très grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'utérus dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé, et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

Cette proposition qui a déjà éveillé l'incrédulité, qui va renverser bien des croyances et soulever bien des objections, est cependant le résultat de quinze années de laborieuses et consciencieuses recherches. Mais, avant d'en démontrer l'exactitude, afin qu'il n'y ait pas de fausse interprétation dans la manière de voir, ni dans la valeur des termes, disons de suite comment nous entendons les mots *prolapsus*, *précipitation* ou *chute complète* de la matrice, comment nous comprenons, avec presque tous les auteurs qui, depuis un siècle, ont écrit sur ce sujet, les trois degrés de l'hystéroptose.

Depuis Fabrice d'Aquapente, Peu, Manget, Astruc, Mauriceau et Sabatier, qui, les premiers, ont admis d'une manière positive ces trois

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, trad. de l'allemand par Dor et Socin. Paris, 1858, p. 65.

degrés qui semblent avoir été entrevus par Hippocrate, on dit qu'il y a :

1° *Abaissement* ou *relaxation*, quand la matrice, dans son ensemble, est seulement abaissée dans le tiers supérieur du vagin qu'elle raccourcit en se rapprochant de la partie inférieure de l'excavation pelvienne, conservant à peu près sa direction normale et n'étant pas visible à l'extérieur, même en écartant les bords de l'ouverture vulvaire.

2° *Descente, semi-prolapsus*, lorsque l'organe descendu au fond de l'excavation pelvienne remplit le vagin dont la moitié supérieure est renversée et invaginée. Le sommet du col (museau de tanche) vient saillir à la vulve ou repose encore sur la surface interne du périnée, mais il est visible en écartant les bords de l'ouverture vulvaire; l'axe de l'organe est devenu, en général, le même que celui du vagin.

3° Enfin, *prolapsus, précipitation* ou *chute complète*, lorsque la matrice est totalement hors du bassin, a franchi la vulve et pend entre les cuisses; lorsqu'elle a entraîné et renversé entièrement ou presque entièrement le vagin qui la recouvre et la renferme avec ses annexes, la vessie et une partie du rectum. — Voilà le degré, la variété dont je nie la fréquence, que je dis être extrêmement rare, et qui est généralement confondu avec l'allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col. — Lors même que tous les caractères indiqués par les auteurs comme appartenant à la chute complète de l'utérus se montrent, lors même que la tumeur qui pend entre les cuisses a une longueur, ai-je dit, supérieure à celle de la matrice à l'état sain, je répète que presque constamment cette tumeur est formée par un allongement du col, que le corps et le fond de l'utérus sont restés dans le bassin, n'ont pas franchi l'anneau vulvaire, et que, par conséquent, cette affection ne peut, dans ce cas, prendre le nom de *précipitation* ou de *chute complète* de la matrice. Si on ne veut la désigner sous son nom véritable d'*allongement hypertrophique* avec sortie de la portion sus-vaginale du col hors de la vulve, il faut la désigner sous celui de *chute complète* du col de l'utérus avec renversement du vagin. Encore ce titre serait-il inexact et incomplet, car il n'indique pas que le col est allongé et hypertrophié, et quelle est la partie de la matrice qui est le siége de l'affection.

La tumeur que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous le nom de *chute complète* de la matrice, et dont nous avons donné plus haut les princi-

paux caractères, peut donc être formée par deux maladies différentes : l'une est tout à fait exceptionnelle, c'est la véritable précipitation de la matrice avec ou sans hypertrophie longitudinale; — l'autre est beaucoup plus fréquente : c'est celle sur laquelle j'appelle en ce moment l'attention des praticiens.

Pour démontrer l'exactitude de cette opinion, nous nous appuierons sur trois ordres de preuves : les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

Preuves historiques. — Saviard, un des auteurs qui, sur la fin du XVIIe siècle, ont le plus combattu les médecins tels que Job a *Meckren*, Henricus *van Roonhuysen*, Theodoricus *Kerkrengius*, Johannes *van Horn*, *La Motte* et *Verduc*, son contemporain, qui ont nié la chute de l'utérus, prétendant qu'on avait pris pour cette affection une chute du vagin, quelque excroissance ou tumeur sarcomateuse de cette partie; — Saviard, dis-je, qui avait grand intérêt, comme il le dit lui-même, à prouver l'existence de la précipitation de la matrice, n'a rapporté, dans son recueil d'observations, qu'un fait d'autopsie dans lequel les dimensions de la tumeur avaient été indiquées avant la mort, et ce cas vient à l'appui de la théorie que nous soutenons. Il dit, p. 63 : « Le 31 mars 1693, une femme fut ap-
» portée à l'Hôtel-Dieu grièvement malade d'une fièvre continue, et qui
» était de plus incommodée d'une descente de la matrice si considérable
» que son vagin s'allongeait de plus d'un demi-pied hors de la vulve,
» et l'orifice interne de la matrice paraissait aussi bien distingué à l'ex-
» trémité de cet allongement que je l'aye vu de ma vie. »

Eh bien, à l'ouverture du corps de cette femme dont la tumeur avait plus de 6 pouces d'étendue, « le corps de la matrice était hors du *bassin*
» *de l'hypogastre*, son fond sous les os pubis et son orifice interne (le
» col) était allongé. » Ainsi donc le col était allongé et l'utérus n'avait pas abandonné entièrement l'excavation pelvienne, puisque son fond était encore derrière le pubis, et qu'il avait quitté seulement le bassin hypogastrique.

Plus bas, à la page 70, où il rapporte l'histoire de Marguerite Malaure que les capitouls ou échevins de Toulouse avaient condamnée à porter des habits d'homme, il dit : « La descente de la matrice sortait
» hors de la vulve de la longueur de huit à dix pouces... » Et Verduc, qui avait introduit une sonde dans la cavité de l'utérus, la vit pénétrer

à une profondeur de 5 à 6 pouces, d'où il conclut à tort que c'était le vagin renversé et allongé.

Donc, en admettant, comme c'est probable, que Marguerite Malaure avait une chute complète de la matrice, cette chute existait avec un allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale de l'organe.

Morgagni, dans sa XLV[e] lettre que j'ai déjà citée, ne rapporte qu'un seul cas d'autopsie sur la chute de la matrice sans renversement de cet organe, et il confirme notre manière de voir. Voici le fait : vers l'an 1704, une vieille femme de Boulogne, paralysée déjà depuis plusieurs années, mourut d'une maladie de poitrine. Un corps cylindrique lui sortait de la partie naturelle. Morgagni, ayant ouvert le ventre, remarqua que « la partie supérieure du fond de l'utérus occupait un siége un peu » plus bas que dans l'état naturel, mais pas assez cependant pour me » faire soupçonner que son orifice parvenait à l'endroit que j'indiquerai. » Hors des lèvres de la vulve, on voyait proéminer un corps long de trois » ou quatre travers de doigt, d'une forme cylindrique, extrêmement » épais, ulcéré à sa partie inférieure. Je reconnus facilement que c'était » le vagin renversé. C'est pourquoi l'orifice de l'urèthre se trouvait à la » partie supérieure et antérieure de ce corps... Mais, au milieu de la » partie inférieure était un orifice qui se changeait bientôt en celui de » l'utérus, à travers lequel je faisais passer sans difficulté un stylet qui » pénétrait jusqu'aux parois supérieures de la cavité de ce viscère. » Étonné de la longueur extraordinaire de ce trajet, j'incisai le vagin, » et je trouvai renfermé dans ce vagin le col de l'utérus, qui était devenu » beaucoup plus long qu'à l'ordinaire. »

Il n'est guère possible de mieux indiquer le fait qui nous occupe que vient de le faire Morgagni. Aussi est-il à regretter qu'il ait été entièrement perdu pour la science, comme pour Morgagni lui-même, pour lequel il n'a été d'aucun enseignement pratique ou diagnostique, puisqu'il l'a seulement présenté comme un exemple de chute de la matrice, tandis que c'était un cas d'allongement hypertrophique avec sortie du col de l'organe, et rien de plus. Morgagni n'a su tirer aucun parti de la connaissance que ce fait venait de lui donner, je veux dire l'agrandissement longitudinal de la cavité utérine dans la maladie que lui et ses contemporains désignaient sous le nom de *chute de l'utérus*. En effet, à

la fin de l'article 4 où il se demande quels sont les moyens de distinguer la chute de la matrice de celle du vagin, comme il y a une ouverture à la partie inférieure de ces deux tumeurs, il pense que « en introduisant » un stylet dans l'ouverture que l'on croit appartenir à la matrice, si » cet instrument pénètre sans obstacle bien au delà de la longueur na» turelle de la cavité de l'utérus, sans que le corps pendant dépasse » pourtant cette largeur, ce sera un indice que cet orifice appartient non » pas à l'utérus, mais seulement au vagin. »

Je demande quelle eût été la valeur du signe différentiel de Morgagni, s'il l'eût appliqué à la malade dont il vient de relater l'autopsie, et si, se fondant sur lui, il n'eût pas déclaré que l'utérus était le vagin. Évidemment Morgagni a dû penser, bien qu'il ne le dise pas, que l'excès de longueur de l'utérus prolapsé de la vieille paralytique de Boulogne était chez elle une exception. Le 19 juin 1749, Hoin père, chirurgien en chef de l'hôpital de Dijon écrivait à Levret que le 20 avril 1744, appelé pour secourir une fille âgée de quarante-cinq à quarante-six ans, il reconnut qu'elle portait entre les cuisses un corps cylindrique de la longueur d'environ dix pouces, que ce corps était formé par le vagin, entièrement renversé et la matrice qui, par sa chute, fournissait un demisphéroïde percé qui terminait la tumeur. « Il introduisit un stylet long de de 5 pouces 1/2 par l'orifice de la matrice, et il n'en trouva pas le fond; ce qui l'étonna beaucoup. » On se demande pourquoi Sabatier qui, dans son *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin*, reproduisit complétement le fait de Hoin, supprima ce passage de l'observation, qui avait cependant une bien grande importance. Probablement Sabatier crut que cette disposition était une exception, ou que Hoin avait commis une erreur, ce qui l'aura déterminé à ne pas en parler.

Levret, au contraire, qui connaissait l'esprit sagace et observateur du chirurgien de Dijon, se tint pour bien averti, et, quelques années après, étant appelé auprès d'une fille que l'on disait atteinte d'un polype qui lui pendait entre les cuisses, il se munit d'une tige de baleine dont il se servait ordinairement pour établir le diagnostic de cette affection, lorsque son doigt ne pouvait atteindre le fond du vagin. Arrivé vers la malade, il vit qu'elle avait une chute de l'utérus. « La base de » cette tumeur, dont la solidité approchait beaucoup de la musculaire, » était dans la vulve; je la mesurai; elle avait près de 6 pouces de cir-

» conférence et autant de longueur par devant, mais un peu moins par » derrière, en sorte qu'elle était trois fois ou environ plus longue que large... » Elle était terminée par l'ouverture ovalaire et transversale du museau de tanche... Il ajoute : « *J'introduisis avec ménagement ma sonde bien graissée par cette ouverture ; elle y entra presque tout entière, excepté le manche* (*cette partie de la sonde qui pénétra avait* 8 *pouces de long*), *et sans peine, avant que j'eusse touché le fond;* mais tout cet examen ne servit à rien qu'à connaître par moi-même que ce qu'avait avancé Saviard et M. Hoin pouvait être exact... Cette pauvre fille était hydropique; on lui avait déjà fait la ponction plusieurs fois, et elle mourut six mois ou environ après mon examen. »

Dix ans plus tard, il fut appelé auprès d'une dame qui était fort souffrante d'une tumeur qui lui sortait par la partie; après avoir rapporté les renseignements que lui donna la personne qui venait le chercher, il dit : « D'après tous ces éclaircissements, je me précautionnai de tout ce qu'il fallait pour faire la ligature d'un polype en cas que c'en fût un ; et, en conséquence, je n'oubliai point ma sonde de baleine. Arrivé auprès de la malade, j'examinai la tumeur qui avait la plus grande ressemblance avec la précédente. Je la sondai et lui trouvai un demi-pouce ou environ de profondeur de plus, quoique la longueur fût un peu moindre... Je prononçai que cette tumeur n'était point un polype, mais un allongement du col propre de la matrice recouvert du vagin retourné comme le dedans d'une poche. »

Voilà trois faits, celui de Hoin et les deux de Levret, qui démontrent également que dans le prolapsus utérin, même très volumineux et avec renversement complet du vagin, le corps de la matrice est resté dans le bassin, et que la partie de l'organe prolapsée est formée par le col seul allongé. Malheureusement la démonstration anatomique manque, et Levret considéra cette disposition comme une exception (1) (dans le XXe volume des *Archives générales de médecine*, publié en 1829). Dance a rapporté trois observations de chute de l'utérus, et, dans le seul cas où, une des malades ayant succombé, il lui fut possible de faire l'autopsie, il trouva un prolapsus incomplet et un allongement très re-

(1) Nous devons la connaissance de ces trois cas, qui viennent si bien à l'appui de notre manière de voir, à M. le professeur Stoltz, qui les a rappelés dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, depuis la lecture et la discussion de ce travail devant l'Académie.

marquable du col de l'utérus. Cette partie de l'organe avait *très exactement 3 pouces 1/2 de longueur, et la hauteur du corps n'était point altérée.* Le col à lui seul était donc plus long qu'un utérus ordinaire dans sa totalité.

La sortie complète de l'utérus dans l'affection appelée chute ou précipitation de cet organe est si rare et l'allongement du col avec la présence du fond dans le bassin si fréquent, que le seul exemple de chute de la matrice avec renversement complet du vagin, représenté par M. le professeur J. Cloquet dans un ouvrage qui renferme vingt-deux planches et cent trente-neuf dessins d'anatomie pathologique, est confirmatif de notre opinion. On ne dira pas, je pense, que cet illustre professeur, voulant représenter les lésions qui caractérisent la maladie, ait choisi à dessein une exception, ou bien encore que le hasard l'ait fait tomber sur cette exception, objection qu'il faudrait aussi adresser aux faits décrits par Saviart, Morgagni, Hoin, Levret et Dance. Afin que le lecteur puisse juger par lui-même de l'exactitude de nos observations, j'ai demandé à M. Cloquet l'autorisation de reproduire les trois dessins qui représentent cette pièce d'anatomie pathologique (*voy.* pl. II, fig. 4, 5, 6), et je vais brièvement en esquisser la description d'après le texte :

« Renversement complet du vagin entraînant avec lui la matrice (M. Cloquet a voulu dire le col) et une partie de la vessie et du rectum chez une femme de quatre-vingts ans.

» Le vagin ainsi renversé formait une tumeur allongée, cylindrique ; vers son sommet elle offrait deux tubercules irréguliers, séparés par une légère excavation qui correspondait à l'ouverture vaginale de l'utérus, laquelle était oblitérée. La base de la tumeur présentait en haut et en avant l'orifice dilaté de l'urèthre. Vu à l'intérieur, le vagin formait un sac qui logeait d'avant en arrière : 1° le bas-fond de la vessie et une partie du trigone vésical ; 2° le col de l'utérus, le cul-de-sac du péritoine; 3° un prolongement du rectum. Le cul-de-sac utéro-vésical du péritoine était peu profond et ne se prolongeait pas dans la tumeur, comme celui qui existait entre la matrice et le rectum.

» La matrice était petite, allongée et molle ; elle offrait une petite tumeur fibreuse; sa longueur n'excédait pas 2 pouces. » (Par matrice M. Cloquet a voulu dire le *corps de l'organe ;* or, un corps de l'utérus *qui a 2 pouces* est déjà hypertrophié. Ce qui prouve bien que M. Clo-

quet, par *matrice*, n'a voulu qu'indiquer *le corps de l'organe*, c'est qu'il ajoute immédiatement) : « Et elle se continuait insensiblement avec son col, qui avait bien 4 pouces de long (ainsi voilà une matrice qui, dans son ensemble, col et corps, avait 6 pouces de longueur). La cavité du col était libre, assez étroite, et se terminait à sa partie inférieure par une dilatation en forme de cul-de-sac. » Le corps de la matrice était, comme on peut le voir en jetant un coup-d'œil sur le dessin n° 6, à sa place ordinaire, au-dessus du cul-de-sac que formait le vagin renversé. La vessie renfermait deux calculs, chacun du volume d'une petite noix; le rectum envoyait un prolongement dans la partie postérieure de la tumeur (1).

Dans ce cas c'était, comme dans chacun des faits de Saviart, de Morgagni et de Dance, la portion sus-vaginale du col qui était allongée et hypertrophiée : la partie inférieure du corps avait aussi subi un peu d'élongation.

Si maintenant nous portons nos investigations sur l'ouvrage d'anatomie pathologique le plus important de notre époque, le grand et magnifique travail de M. le professeur Cruveilhier (2), nous voyons qu'il n'a représenté dans la section des maladies de l'utérus que trois pièces relatives au prolapsus de cet organe, qui toutes trois viennent à l'appui de l'allongement hypertrophique et de la chute incomplète, puisqu'il y avait encore une portion de l'utérus dans le bassin. Ce fait important a échappé à l'attention de M. Cruveilhier. Dans la première, qui lui fut donnée par M. Lenoir, la matrice, à partir du fond de sa cavité jusqu'à son orifice vaginal, offre 20 centimètres de longueur; il est vrai que le col de l'utérus, dans ce cas, semble plutôt être allongé qu'hypertrophié, et avoir été tiré en sens inverse par deux maladies : en bas par une chute du vagin et une rectocèle volumineuse; en haut par une tumeur fibreuse et un kyste très volumineux du fond de l'organe qui, à cause de leurs grandes dimensions, étaient passés de l'excavation pelvienne dans la cavité abdominale.

Je ne cite ce fait que pour mémoire et sans y attacher une grande

(1) *Thèse de concours pour la chaire de pathologie externe*, par M. J. Cloquet. Paris, 1831 (pl. VIII, fig. 1, 2, 3).

(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, liv. XIII, pl. IV; liv. XVI, pl. V, *Maladies de l'utérus*; — liv. XXVI, pl. IV, *Maladies de l'utérus*.

importance. C'est pourquoi, au commencement de ces considérations historiques, je n'ai pas rapporté le fait de Vater (*De sarcom.*, etc.), dans lequel un utérus avait été entraîné en bas par une chute du vagin, tandis qu'un ovaire très volumineux l'empêchait de descendre et même le tirait vers l'abdomen. Mais il n'en est pas de même des deux autres faits, dans lesquels il y a une véritable hypertrophie essentielle. Sur la pièce représentée dans la 16e livraison, pl. V, l'utérus, quoique atteint d'un commencement de bifidité, mesuré depuis le fond de cette échancrure jusqu'au sommet du col, présente 10 centimètres de longueur; et, bien que M. Cruveilhier se taise sur la situation du corps de l'utérus, il nous paraît démontré qu'il ne devait pas être entièrement sorti du bassin, puisque sur la pièce disséquée et où le rectum est renversé en bas, ce qui devait contribuer à entraîner le fond de la matrice dans cette direction, on voit que cette partie de l'organe est encore située derrière la partie inférieure de la symphise du pubis. D'ailleurs, la longueur totale de l'utérus et l'étendue du diamètre transversal du corps qui sont supérieures à la longueur et au diamètre transversal de la base de la tumeur non-disséquée ne laissent aucun doute à cet égard. Aussi l'auteur dit lui-même : « L'utérus est remarquable : 1° par l'étendue de son diamètre vertical; 2° par le rétrécissement ou étranglement de sa partie moyenne; 3° par le développement de son corps et de la partie inférieure de son col... »

Sur la troisième pièce (liv. XXVI, pl. IV), la disposition dont nous parlons est encore bien plus évidente, puisque l'utérus a 12 centimètres de long, et qu'après avoir tiré une ligne du périnée au méat urinaire, on trouve 4 centimètres 1/2 du corps de l'organe encore contenus dans le bassin.

Malheureusement, M. Cruveilhier n'a tiré de ces trois cas aucune induction séméiotique, diagnostique ou thérapeutique.

Dugès et Boivin ont entrevu cette hypertrophie. En parlant du pronostic de la chute de l'utérus et des lésions auxquelles elle peut donner lieu, ils disent : « La matrice déplacée se gonfle, s'allonge parfois au point de doubler presque ses dimensions. Son col surtout s'accroît dans ce sens (1)... » En aucune autre partie de leur ouvrage ils ne reviennent sur ce sujet.

(1) *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. I, p. 91.

Lisfranc considérait l'hypertrophie utérine comme une des causes les plus fréquentes des différents degrés de l'hystéroptose, et dans la longue énumération des causes qui déterminent cette affection, il s'exprime ainsi : « Les tumeurs qui pressent de haut en bas sur l'organe (l'utérus), et toutes les hypertrophies qui, augmentant son volume et son poids, tiraillent ses ligaments ainsi que le péritoine, et les font céder, peuvent produire les déplacements de l'utérus (t. III, p. 407). »

Plus bas, p. 409, il pense que, si l'avortement est si souvent suivi d'abaissement de la matrice, c'est parce que les accidents qui le suivent « peuvent entretenir, augmenter et même produire l'hypertrophie utérine, sous l'influence de laquelle la chute de la matrice survient. » Mais il paraît avoir ignoré que l'hypertrophie longitudinale de la partie sus-vaginale du col pût être assez développée pour simuler une chute complète de la matrice avec renversement total du vagin, car il n'en parle dans aucune partie de son livre, pas même dans le second volume, où il traite spécialement de l'hypertrophie de la matrice.

Si les chutes complètes de l'utérus sont aussi fréquentes que le prétendent les auteurs, comment se fait-il que M. Cruveilhier n'en ait pas fait représenter un seul cas dans son ouvrage, à la composition duquel il a travaillé pendant douze ans, et qu'il a terminé par l'histoire des maladies de l'utérus et des ovaires? Mais, dira-t-on, ce que M. Cruveilhier n'a pas fait, d'autres l'ont accompli. Non, à part le cas observé par M. Morel Lavallée sur le cadavre d'une vieille femme dont la vessie renfermait trois ou quatre calculs, et celui publié par Blandin, où la vessie était remplie de calculs et de matière lithique, je ne connais dans les auteurs aucun fait d'anatomie pathologique ou de clinique dans lequel les caractères vraiment pathognomoniques de cette affection aient été indiqués de façon à ce qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit d'un homme sérieux. Je crois avoir à peu près lu et analysé tout ce qui a été écrit sur ce sujet depuis un siècle et demi, et dans aucun auteur, sans y mettre trop de sévérité, je n'ai trouvé la preuve irrécusable de l'existence d'une chute complète (1). Il est bien entendu que j'excepte les cas dans lesquels y a eu un épanchement péritonéal considérable ou des kystes très volumineux des ovaires, circonstances dans lesquelles tous les organes placés dans l'excavation pelvienne tendent à être chassés au dehors. De

(1) Tout ce qui a été publié avant cette époque est trop incomplet et trop confus pour qu'on puisse en tirer rien de précis.

même, pour prouver l'existence de l'allongement hypertrophique du col, je ne me suis pas servi des faits où l'utérus est allongé entre deux maladies qui le tirent chacune de son côté. Peut-être nous objectera-t-on les faits cliniques figurés et décrits dans l'ouvrage de Dugès et Boivin. Aussi ai-je pris soin de les faire représenter et copier fidèlement, afin de les discuter avec le lecteur.

Si l'on compare la longueur et les autres dimensions des tumeurs 2 et 3 de la planche II qui répondent à la fig. 2, pl. X, et fig. 2, pl. IX de l'atlas de Dugès et Boivin, présentées par ces auteurs comme des exemples de prolapsus complet, aux dimensions des tumeurs décrites par Saviard, Morgani, MM. J. Cloquet, Cruveilhier, et à celles que nous avons représentées aux planches IV, VI, VII, VIII, etc., et dans lesquelles il n'existait qu'un prolapsus incomplet, bien qu'elles eussent un volume plus considérable, on sera presque convaincu qu'il ne s'agissait dans ces deux cas que d'une chute incomplète, et la conviction sera encore plus forte après en avoir lu la description dans le texte.

Pour le malade de la figure 2, voici les détails : — « prolapsus complet de l'utérus avec renversement du vagin passé à l'état chronique depuis plus de trente ans. La malade en avait été atteinte après s'être levée le huitième jour de sa couche pour reprendre ses occupations de palefrenière. Le médecin qu'elle fit appeler replaça l'organe, mit un pessaire. Repos au lit pendant quinze jours. Le pessaire gêne la malade; elle le replace plus tard, puis le retire pour ne plus y revenir.... Ce ne fut qu'à l'âge de cinquante ans que la matrice franchit entièrement la vulve et qu'elle est restée pendante au dehors, sans occasionner d'autres accidents que quelques tiraillements dans les aines et dans la région inférieure du sacrum. La muqueuse du vagin avait pris tous les caractères de la peau. Je fis rentrer facilement la tumeur, mais la malade ne voulut pas qu'on lui appliquât de nouveau un pessaire : je n'insistai pas pour vaincre la répugnance de celle qui était accoutumée à son nouvel état. » Où se trouve la preuve dans cette observation de l'existence d'une chute complète? On n'y voit qu'une assertion de madame Boivin.

Pour le malade de la figure 3 (pl. IX, fig. 2 de Boivin), voici ce qu'on trouve : « une femme de vingt-quatre ans, ayant eu un enfant l'année précédente, sans avoir éprouvé depuis aucune indisposition, franchit d'un seul pas quatre marches d'un escalier; elle sent tout à coup craquer

quelque chose dans le ventre, et s'arrête un instant pour respirer. Elle veut continuer sa marche, mais elle se sent un corps étranger sortir de la vulve, et reste persuadée qu'elle va faire une fausse couche.

« Sa maitresse, après l'avoir laissée se reposer quelques heures, l'engage à venir me consulter. L'utérus étant totalement sorti de la vulve, il me fut très facile de rassurer cette femme sur ses craintes. L'organe était du volume naturel ; la malade ne se plaignait que de légers tiraillements dans les aines et dans les régions iliaques et sacrées. Je replaçai de suite l'utérus et l'assujettis avec un pessaire rond. La femme partit en fiacre comme elle était venue, et depuis je n'en ai plus entendu parler. »

Qui donc se contenterait d'observations si incomplètes ? Madame Boivin ne parle ni de la palpation de la tumeur, ni de la situation du corps et du fond de l'utérus ; elle ne dit pas ce que le toucher vaginal et rectal lui a démontré ; elle n'a pas cathétérisé l'utérus. Elle a donc porté un diagnostic *de visu.* De plus il n'y avait aucun trouble fonctionnel important, ou accident des chutes complètes. Les malades éprouvaient seulement quelques tiraillements dans les aines et dans la région du sacrum.

Enfin chez la première, la maladie a marché dans son évolution comme l'hypertrophie longitudinale, et la malade ne pouvait, comme cela a souvent lieu dans cette affection, supporter un pessaire. Chez la seconde, la maladie s'est développée tout à coup dans une chute, et deux heures après elle était chez madame Boivin. Mais qui donc a jamais vu un prolapsus complet se produire tout d'un coup à la suite d'un effort ou d'une seule chute? D'ailleurs la totalité de la tumeur n'avait d'après le dessin, que 6 centimètres de hauteur, et l'utérus seul, dépouillé du vagin, chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, a ordinairement 7 ou 7 centimètres 1/2.

Pour la troisième malade (pl. II, fig. 1) qui répond à la planche X, fig. 1, de Boivin, sur la tumeur de laquelle on a représenté une ouverture idéale pour démontrer le prolongement de la vessie dans le prolapsus, madame Boivin n'a pu être portée à dire, comme on va le voir par l'analyse fidèle de l'observation, qu'il y avait chute complète que d'après le volume de la tumeur et non d'après un examen attentif.

« Une dame âgée de cinquante-cinq ans, aliénée, ayant eu plu-

sieurs enfants, sujette à l'incontinence d'urine depuis huit mois environ, époque à laquelle elle fit une chute d'un lieu élevé de plusieurs pieds sur les reins. Elle ne se plaignait d'aucune sensation douloureuse. Comme on la changeait de chemise en ma présence, j'aperçus aux parties génitales une tumeur volumineuse qu'il me fut facile de reconnaître pour un prolapsus complet de l'utérus et du vagin. La surface était excoriée et ulcérée sur divers points. Je fis rentrer la matrice avec facilité. »

Madame Boivin se proposait d'appliquer un pessaire à cette femme lorsque ses parents l'emmenèrent de la maison de santé. Il est possible qu'il y ait eu chez cette malade une chute complète de l'utérus, mais madame Boivin ne l'a nullement démontré, ni par les symptômes, ni par le compte rendu de l'examen de la tumeur, ni par le volume de celle-ci, puisque nous en avons cité et que nous en voyons tous les jours d'aussi volumineuses, et même de plus volumineuses, dans lesquelles il n'y a qu'une chute incomplète et qui ne sont que des hypertrophies longitudinales.

Voici comment nous avons été amené à formuler la proposition qui commence cette deuxième partie et à laquelle les considérations historiques qui précèdent donnent tant de force.

Vers le milieu de l'année 1843, je commençais à appliquer à l'étude des maladies de l'utérus un nouveau moyen de diagnostic, le cathétérisme de la cavité utérine, lorsque le 7 novembre entra dans mon service à l'hôpital de Lourcine une nommée Bre.. Ros.. pour des tubercules muqueux et un prolapsus utérin qui me paraissait complet ; il fut dessiné de suite par M. Guérineau, élève du service (*voy.* pl. V, fig. 1). Le surlendemain, lorsque je fis monter la malade sur le lit du spéculum pour l'examiner, la tumeur s'était presque entièrement réduite : elle venait seulement faire saillie de 1 centimètre 1/2 au-dessous de l'ouverture vulvaire (obs. 13, pl. V, fig. 2). Je me contentai alors de sonder la cavité utérine et de reconnaître qu'elle avait 10 centimètres 1/2 de long, ce que je considérai comme une exception. Je n'y arrêtai pas davantage mon esprit. La malade ne s'étant plus plainte, je ne m'occupai que de son affection syphilitique.

Le 21 avril 1845, il entra dans mon service une malade nommée Flo... Agl... qui était atteinte d'une chute incomplète de l'utérus, et

chez laquelle je constatai, par le cathétérisme utérin, un allongement de la cavité de la matrice; mais, comme il existait en même temps vers le fond de l'organe une tumeur fibreuse du volume d'un œuf, j'attribuai cet agrandissement de la cavité à la présence de la tumeur.

Enfin, le 24 mars 1846, se présenta à l'hôpital, pour se faire traiter d'une chute complète de la matrice, une nommée Fol... Mar... Ch... Le volume de la tumeur était si considérable, et le vagin si complétement renversé, que je crus, ainsi que les personnes qui étaient présentes, à une véritable précipitation, et je fis dessiner la tumeur pour servir à l'histoire iconographique de la chute de la matrice (obs. 14, pl. IV).

Huit jours après son entrée, le 2 avril, la malade succomba à une maladie intercurrente, et à l'autopsie je vis, à ma grande surprise, que le corps de l'utérus était à sa place ordinaire dans le basin; qu'il était peut-être même plus élevé que d'habitude. Je pensai alors que quelqu'un avait réduit l'utérus pendant les derniers moments de la vie, ou après la mort, et j'écartai les cuisses du sujet pour m'en assurer. Je pus me convaincre que la tumeur était la même que pendant l'existence et que j'avais pris, avec les auteurs et les praticiens, pour une précipitation de la matrice, un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale de cet organe. Je présentai cette pièce à l'Académie de médecine, lors de la discussion qui eut lieu en 1849 sur les déviations et les engorgements de la matrice (1), pièce que je puis encore aujourd'hui soumettre à l'examen de l'Académie.

L'année s'était à peine écoulée, que je trouvai sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpêtrière transportée à Clamart pour servir aux études anatomiques, le col utérin saillant hors de la vulve. J'ouvris l'abdomen, et je vis le fond de la matrice flottant au milieu des instestins à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Les organes génitaux enlevés, je mesurai l'utérus qui avait plus de 24 centimètres de long. Il fut dessiné par un de mes élèves, M. le docteur Chaussat, qui le fit voir à l'hôpital de la Charité à MM. Rayer et Cazeaux. Je le présentai même quelque temps après à la Société de chirurgie (obs. 15, planche V, fig. 4).

Depuis cette époque, mon attention étant fixée sur ce fait d'anatomie pathologique, je l'ai mainte fois constaté tant sur le cadavre que sur la femme vivante, mais surtout sur cette dernière que j'ai examinée d'une

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 351.

façon toute spéciale, de manière qu'il ne puisse rester aucun doute, pas plus pour moi que pour les autres, et je puis certifier que l'affection que l'on prend généralement pour une chute de l'organe gestateur n'est autre chose qu'un allongement hypertrophique.

Pour établir d'une manière aussi exacte que possible le rapport de fréquence qui existe entre la précipitation de la matrice et l'hypertrophie longitudinale qui la simule, j'ai commencé par faire table rase de tous les faits que j'avais observés, soit au bureau central, soit dans les hôpitaux dont j'ai fait le service jusqu'au moment où j'ai inventé l'hystérométrie, seul moyen qui me permît d'apprécier au juste la longueur de l'utérus prolapsé et de la comparer à celle de la tumeur sous-vulvaire, ainsi qu'à celle de l'utérus à l'état sain. Il résulte de ce relevé que sur soixante-quatre cas observés *depuis* 15 *ans*, tant dans les hôpitaux qu'en ville, je n'en ai trouvé que deux dans lesquels il y eût une véritable chute complète de la matrice hors du bassin sans allongement hypertrophique. Le premier a été observé à l'hôpital de Lourcine, sur une vieille femme qui en fut seulement atteinte à 61 ans, à la suite d'un violent effort (obs. 11); le second à Beaujon, dans un troisième fait particulier, le seul que j'ai trouvé dans cet établissement où le prolapsus se présente si souvent (1), il y avait en même temps hypertrophie longitudinale et rétroflexion complète de l'utérus. Après un premier examen, l'hystéromètre ne pénétrant qu'à 5 ou 6 centimètres, et les doigts introduits dans le rectum sentant parfaitement le vide absolu qui existait entre cet intestin et la vessie, je crus qu'il y avait précipitation complète de la matrice sans allongement hypertrophique. Etonné de ce fait exceptionnel, j'examinai de nouveau la tumeur qui avait une forme particulière, et je reconnus que la matrice était en rétroflexion. Le fond de l'utérus était abaissé au niveau du museau de tanche et placé derrière le col. Je relevai le fond de la matrice avec le doigt introduit dans le rectum, et l'hystéromètre porté de nouveau dans la cavité utérine pénétra à une profondeur double de celle à laquelle il était arrivé la première fois, arrêté qu'il avait été par l'angle de flexion (*voy.* obs. 24, pl. XI, fig. 1).

(1) A cause des nombreuses buanderies de Boulogne, de Courbevoie, de Saint-Cloud, d'Auteuil, de Billancourt, etc. Nous verrons que la profession qui y expose le plus est celle des blanchisseuses.

Pour composer cette série de soixante-quatre malades, j'ai pris toutes celles qui, d'après les caractères donnés par les auteurs, pouvaient être considérées comme atteintes de chute complète, chez lesquelles la longueur de la tumeur était au moins égale à celle de l'utérus à l'état normal, mais qui le plus souvent la dépassait, et dont le vagin était entièrement renversé ou peu s'en fallait. J'ai mis de côté tous les cas d'abaissement, de descente de la matrice et même ceux dans lesquels le col et le conduit vulvo-utérin en partie renversé et invaginé, venaient faire une saillie de 2 ou 3 centimètres hors de la vulve, cas que les auteurs et les praticiens désignent sous le nom de *sémi-prolapsus* ou de chute incomplète.

Depuis que je m'occupe de ce fait d'anatomie pathologique, je l'ai fréquemment montré aux personnes qui suivent ma visite; il a été également plusieurs fois constaté par mon collègue de l'hôpital Beaujon, M. Robert.

A la société de chirurgie, où dans plusieurs circonstances j'ai entretenu mes collègues de cette partie de la science, M. Demarquay présenta, dans la séance du 24 mai 1854, un fait à l'appui de mon opinion, et rapporté en ces termes dans le bulletin : « Sur le cadavre d'une vieille femme atteinte de prolapsus, M. Demarquay examina avec soin les viscères placés dans le petit bassin, et constata, comme l'avait fait M. Huguier, que le corps de l'utérus avait sa position normale, et que le col de cet organe faisait seul hernie à l'extérieur, ce qui tenait à l'élongation considérable de cet organe. L'organe gestateur enlevé avec la vessie, M. Demarquay constata 12 centimètres de longueur. »

Depuis cette époque M. Chassaignac a vu et opéré six malades atteintes de cette maladie; toutes les six avaient un allongement hypertrophique du col. Chez une seule le corps de l'utérus était complétement sorti, parce qu'il était en rétroflexion; mais aussitôt qu'on redressait cette partie pour lui rendre sa direction naturelle, elle rentrait dans le bassin, bien que le reste de la tumeur sous-vulvaire ne soit pas réduit. Enfin, depuis la note que j'ai publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, MM. Cazalis et Cusco n'ont plus trouvé à la Salpêtrière que des chutes incomplètes, accompagnées d'allongement de la portion sus-vaginale chez les femmes que l'on considérait comme atteintes de précipitation de la matrice. Dans ce moment il existe dans le service de M. Cusco, salle Saint-Antoine, n° 14, une femme âgée de quatre-vingt-quatre ans, affligée de

cette affection, et ce cas confirme notre manière de voir. Cependant la tumeur est assez longue pour que le vagin soit complétement renversé, aussi bien la paroi antérieure que la postérieure (1).

Si, sur les malades que j'ai observées, la véritable chute de la matrice était chose rare, et l'allongement hypertrophique du col un fait beaucoup plus fréquent, il devait en être de même sur les pièces envoyées au musée Dupuytren pour servir à l'étude de la précipitation de la matrice. Or, le 5 juillet 1858, j'ai fait avec le conservateur du musée, M. Houel, dont on connaît l'habileté et l'amour pour la science, la visite et la dissection de ces pièces qui sont au nombre de quatre (2). Sur trois d'entre elles il y a une chute incomplète de l'organe; le corps encore contenu dans le bassin remonte jusqu'au milieu de la hauteur de la symphonie du pubis, la portion sus-vaginale du col a subi un allongement hypertrophique et est seule sortie. Sur la quatrième pièce il y a une chute complète due à deux conditions exceptionnelles que j'indiquerai dans un instant; de sorte que sans ces conditions il est presque certain que la chute eût été incomplète, et que le musée n'eût pas renfermé un seul exemple de véritable précipitation utérine. J'ai fait dessiner cette pièce à cause de sa rareté, et pour montrer comment dans ce cas l'utérus a dû être précipité entièrement hors du bassin (pl. III, fig. 1). Voici une analyse de la description de ces quatre pièces faite avec M. Houel.

Première pièce, n° 346, donnée par M. Cruveilhier, en 1837.

Le corps de l'utérus est en rétroflexion presque à angle droit sur le col; il y a une légère latéroversion gauche, avec légère rotation de l'organe sur son axe; l'angle gauche regarde un peu en arrière. Pour sonder toute l'étendue de la cavité utérine, on est obligé de redresser la flexion. Longueur de cette cavité, 9 centim. 2 millim.; longueur totale de l'utérus, 10 centim. 1/4; largeur du corps, 4 centim. 1/2; largeur à l'union du col avec le corps, 1 centim. 1/2. Portion sous-vaginale (museau de tanche), un peu plus développée qu'à l'état naturel.

(1) Dans la seule autopsie de chute de l'utérus que M. le professeur N. Guillot eut occasion de pratiquer pendant son séjour à la Salpêtrière, l'utérus, hypertrophié longitudinalement, avait 7 pouces 9 centimètres de long.

(2) Deux de ces pièces n'étaient pas assez complétement disséquées pour qu'on pût bien les apprécier.

Le fond de l'utérus, bien que cet organe soit en rétroflexion, est encore situé au milieu de la hauteur de la symphise des pubis. Lorsqu'on a redressé la flexion, le fond s'est élevé jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la symphise.

Deuxième pièce, n° 347, donnée par M. Barth comme chute complète, présentée et adressée comme telle au Musée par M. Cruveilhier. Longueur totale de l'utérus, 10 centim. 1/2 ; largeur du corps 3 centim.; largeur à l'union du col avec le corps, 1 centim. 1/2. La portion sous-vaginale du col est atteinte d'hypertrophie excentrique. Diamètre transversal, 4 centim.; diamètre antéro-postérieur, 3 centim. 1/2. L'orifice utéro-vaginal est oblitéré ; l'oblitération remonte dans la cavité du col jusqu'a 1 centim. d'étendue. — Le fond de l'utérus est situé au milieu de la hauteur de la symphise pubienne.

Troisième pièce, n° 349, donnée par M. Barth. Longueur totale de l'utérus, 11 centim. 1/4; largeur du fond, 4 centim. 3/4; largeur à l'union du col avec le corps, 3 centim.; épaisseur des parois, 1 centim. 1/2. La portion sous-vaginale du col est atteinte d'une légère hypertrophie excentrique. Le fond de l'utérus est situé au milieu de la hauteur de la symphise du pubis, bien que le vagin soit complétement renversé.

Ces trois pièces, sur lesquelles il y a une chute incomplète et un allongement hypertrophique, ont été recueillies sur des vieilles femmes (de la Salpêtrière), où l'utérus est, comme on le sait, plus ou moins atrophié, par suite des progrès de l'âge. Si donc elles eussent été observées sur des femmes jeunes, ou même âgées de quarante ou quarante-cinq ans, il est probable que l'organe gestateur eût offert une longueur encore plus considérable, et que le fond eût été trouvé placé plus haut.

Quatrième pièce, n° 348, on ne sait par qui elle a été donnée au Musée, bien qu'elle soit la plus rare et la plus curieuse (pl. III, fig. 1). Dimensions de la tumeur extra-vulvaire : longueur du sommet du col au méat urinaire, 9 centim.; largeur, vers le milieu de la longueur, 10 centim. Cette grande dimension en largeur n'est pas produite, comme nous l'avions pensé avant la dissection complète de la tumeur, par la portion de la vessie placée dans sa partie antérieure, mais par les parties latérales du vagin très dilatées.

Dimensions de l'utérus : longueur totale, 7 centim. 1/4; largeur du

corps au niveau des trompes, 3 centim. 3/4; épaisseur, 1/2 centim. Volume de la portion sous-vaginale : il est à peu près le même qu'à l'état normal. Longueur du col : il est impossible de la déterminer, parce qu'à partir de l'insertion vaginale les parois du tissu utérin vont rapidement en s'atrophiant, au point que, vers le fond de l'organe, elles n'ont plus qu'un millimètre d'épaisseur, péritoine compris.

L'orifice vaginal du col n'existe plus; la cavité de celui-ci se confond insensiblement avec celle du corps. Ces deux cavités, élargies par suite de l'atrophie des parois dont les couches internes ont été détruites, renferment une matrice pulpeuse d'un blanc jaunâtre. Cette atrophie du corps et du fond de l'organe est telle, que M. Houel m'a assuré n'en avoir jamais vu de pareille.

L'orifice vaginal du col était presque entièrement oblitéré; ce n'est qu'avec une certaine difficulté que nous avons pu y faire pénétrer un stylet de trousse sans rien déchirer.

Après avoir incisé longitudinalement la paroi postérieure du vagin, nous vîmes que l'utérus était comme tassé sur lui-même, un peu incliné et plus bas à gauche qu'à droite.

Le fond de l'utérus est au niveau de l'ouverture vulvaire, le bord et l'angle gauches de l'organe sont placés plus bas à gauche qu'à droite. La trompe, le ligament rond et le ligament de l'ovaire gauche forment un faisceau qui se porte obliquement en haut et en dehors vers le détroit supérieur du bassin.

Les ovaires étaient eux-mêmes atrophiés et réduits à un petit noyau d'un centimètre de long sur 8 millimètres de large.

La portion de la vessie qui n'est pas descendue avec l'utérus et qui est restée dans la cavité pelvienne au-dessus de cet organe atrophié, contient un gros calcul phosphatique de forme triangulaire dont la base pèse sur le fond de l'utérus. Ce calcul a 4 centimètres de hauteur sur une largeur de 4 centimètres à sa base et une épaisseur de 3 centimètres.

Avec deux semblables affections il était bien difficile que le prolapsus utérin dont était atteinte la malade ne fût pas complet; d'une part, une atrophie du corps et de la portion sus-vaginale du col; d'autre part, un calcul volumineux qui devait déterminer de fréquents besoins d'uriner et solliciter, à chaque instant, des contractions et des efforts d'expulsion qui devaient agir d'autant plus sur l'utérus que celui-ci était placé im-

médiatement au-dessous de lui. — Enfin, un vide dans l'excavation pelvienne, vide que le rectum, qui n'était plus soutenu en avant par l'utérus, devait remplir au moment des efforts de l'évacuation. De sorte que l'organe gestateur se trouvait pris entre deux forces expulsives, la vessie et le calcul qui le poussaient en bas et en arrière, — le rectum et les matières qui le poussaient en bas et en avant : aussi l'avons-nous trouvé dans le vagin courbé et affaissé sur lui-même.

D'après les preuves historiques, cliniques et anatomo-pathologiques que nous venons de passer en revue, il n'est guère possible de nier, non-seulement l'existence, mais encore la fréquence de l'allongement et de la précipitation seule du col de l'utérus dans les affections que l'on a improprement désignées sous le nom de *chute complète de la matrice*, puisque le plus souvent le corps de cet organe est encore renfermé dans le bassin.

CHAPITRE DEUXIÈME.

CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET SIGNES PHYSIQUES DE L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DE L'UTÉRUS.

En décrivant les modifications et les altérations que l'utérus et les organes avec lesquels il a des rapports plus ou moins intimes et immédiats, éprouvent dans cette affection confondue jusqu'à ce jour avec la précipitation utérine, nous ferons, naturellement et chemin faisant, connaître la plupart des signes physiques qui la caractérisent et la distinguent des autres maladies avec lesquelles elle a de grandes analogies. Et commençons par l'utérus lui-même, centre autour duquel gravitent en quelque sorte tous les changements qu'ont éprouvés les organes qui l'entourent; ce qui ne veut pas dire cependant que les modifications de ces organes aient toujours été consécutives à celles éprouvées par l'utérus et qu'elles n'en aient été que la conséquence. Non, il arrive quelquefois qu'elles se manifestent les premières, ou en même temps que celles de l'organe gestateur.

Dans cette affection, la matrice, mais principalement la portion sus-vaginale du col et la partie inférieure du corps ont subi un allongement hypertrophique plus ou moins considérable, de telle sorte que la longueur totale de l'organe varie entre 11 et 24 centimètres ; je n'en ai

jamais rencontré de plus ou de moins étendue. Il est bien entendu qu'il s'agit ici de la longueur de l'utérus dans la maladie, que les praticiens désignent sous le nom de chute complète, et non dans la descente ou semi-prolapsus. Sur deux des pièces du musée Dupuytren, le minimum de la longueur est de 10 1/2 centimètres. Il faut dire que ces pièces ont été recueillies sur des vieilles femmes de Salpêtrière, et que depuis longtemps ces pièces plongées dans un liquide conservateur ont dû subir un mouvement de retrait, qu'indique au reste la densité anormale de leur tissu. Sur 64 cas que je possède maintenant, la moyenne de la longueur est de 12 centimètres. Cette partie de l'utérus a généralement conservé son épaisseur et sa largeur naturelles. Quelquefois ces deux dimensions sont légèrement augmentées, et dans quelques cas, surtout chez les sujets âgés, elles sont un peu diminuées. M. Cruveilhier nous paraît être dans l'erreur lorsqu'il dit que cette portion de l'organe est souvent très rétrécie, et qu'il en donne pour preuve la pièce qu'il a fait représenter dans la fig. 3, de la XVI[e] livraison de son ouvrage. Ce prétendu rétrécissement a 23 millimètres d'étendue transversale. C'est autant et plus que n'en présente quelquefois, en ce point, l'utérus à l'état sain. Ce n'était donc là qu'un rétrécissement relatif et non absolu, qui tenait au développement excentrique du corps et de la portion sous-vaginale du col de l'organe. — On trouve surtout cette partie rétrécie lorsque sa chute est consécutive à une cystocèle, à une rectocèle ou à une chute du vagin qui l'entraîne par véritable traction.

Le corps de la matrice a ordinairement conservé son volume normal. Il n'est cependant pas rare de le voir un peu plus développé et participer au mouvement hypertrophique; mais on ne peut dire d'une manière absolue avec M. Jobert, que le volume de cette partie soit augmenté. — Le fond de l'utérus, à moins que cet organe ne soit en rétroflexion complète, comme dans la 24[e] observation, est habituellement situé au milieu de la hauteur de la symphise du pubis, quelquefois un peu plus haut, d'autre fois un peu plus bas; mais toujours il est resté dans le bassin. Dans un cas je l'ai vu atteindre le bord supérieur du pubis; dans une autre circonstance tout à fait exceptionnelle, il flottait dans la cavité abdominale.

La portion sous-vaginale du col (museau de tanche) a subi des changements très notable; elle ne fait plus ou presque plus de relief; elle

est épanouie du centre à la circonférence, les lèvres sont entièrement effacées, et la base du cône qu'elle formait avant la précipitation, se confond alors presque sans ligne de démarcation avec l'extrémité supérieure des parois du vagin renversées. Anatomiquement, c'est-à-dire à la dissection, cette démarcation n'est guère plus tranchée. Ce qui fait que cette limite en général n'est plus apparente, c'est que la courbe à convexité inférieure que présente la surface vaginale du col ainsi épanoui, se confond avec celle que forme l'extrémité supérieure du vagin renversée et devenue inférieure. Cette courbe du col n'est que la partie centrale de la grande courbe générale que présente la tumeur sous-vulvaire. Si l'on veut avoir quelque chance de faire reparaître le cul-de-sac vaginal, ou les limites qui séparent le col du vagin (et cela peut être quelquefois utile), il faut réduire la tumeur et rendre aux parois utérines et vaginales la direction propre à chacune d'elles. Rien n'est plus propre à démontrer ce fait que les deux premières figures de la pl. V de la XVI[e] livraison de l'ouvrage de M. Cruveilhier et qui appartiennent au même sujet.

La portion sous-vaginale du col est habituellement le siége d'une hypertrophie excentrique, surtout si la maladie existe depuis longtemps. Elle peut présenter jusqu'à 7 centimètres d'étendue transversalement, en général elle est seulement doublée. Une chose bien remarquable, c'est que cette étendue en surface ou en largeur semble exister aux dépens de la hauteur ou de la longueur du museau de tanche, et je n'ai jamais vu un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (prolapsus complet des auteurs) exister avec un allongement de même nature de la portion sous-vaginale. Le cas d'allongement hypertrophique que Dugès et Boivin ont fait représenter dans la XI[e] pl. de leur atlas, fig. 1 et 2, et que nous avons reproduit (pl. I, fig. 8 et 9), existait avec une simple descente et non avec un prolapsus complet, comme on peut s'en assurer en jetant un coup-d'œil sur le dessin.

L'orifice utérin que présente cette portion de l'organe en occupe ordinairement le centre et est dirigé en avant. Quelquefois il est placé et dirigé à droite ou à gauche. Bien que sa forme soit généralement celle d'une fente transversale, irrégulière, mamelonnée et fissurée suivant le nombre des enfants qu'a eus la femme et les affections conco-

mitantes qui peuvent y siéger, il n'est pas de forme, tant variée qu'on puisse la supposer, qu'il ne présente quelquefois. Après la forme transversale, c'est la semi-lunaire qui est la plus fréquente.

On peut en dire autant des dimensions de cette ouverture qui offre beaucoup de variétés. Dans la majorité des cas, cet orifice est considérablement agrandi; il peut présenter jusqu'à 5 centimètres. La première, comme la plus efficace et la plus fréquente des causes de cet agrandissement, tient au grand nombre d'enfants qu'ont eus en général les femmes atteintes de cette maladie ; la seconde tient à ce que fréquemment leur premier accouchement a été laborieux et a nécessité soit une version, soit une application de forceps, manœuvres dans lesquelles le col a été plus ou moins déchiré. Enfin il y a une troisième cause de l'agrandissement de l'orifice utérin dont le mécanisme est physiologico-pathologique et tout à fait en dehors de toute espèce de traumatisme. Chez certaines femmes qui n'ont pas eu d'enfants, mais qui sont atteintes depuis longtemps de la maladie avec renversement complet du vagin, l'utérus, tant à cause de l'augmentation de son poids qu'à cause des pressions que son corps encore situé dans le bassin éprouve de la part des muscles de l'abdomen et des viscères abdominaux, tend de plus en plus à descendre et à se précipiter au dehors; mais il est arrêté par la résistance des parois vaginales qui ne sauraient descendre, céder, ni se renverser davantage, et alors elles exercent une traction du centre à la circonférence, ou, si vous voulez, de dedans en dehors, sur les bords de l'ouverture et les renversent dans ce sens en attirant même quelquefois à l'extérieur une partie de la surface interne de l'organe. Notre savant collègue, M. Jobert (de Lamballe), nous paraît s'être trompé, lorsque, dans une leçon qu'il a faite tout récemment sur ce sujet, il attribua l'agrandissement de l'ouverture du col et le renversement de ses bords en dehors à la *disposition de certaines fibres musculaires environnantes* (1). Cette espèce d'extra-version de l'utérus sur laquelle je reviendrai plus loin, s'opère plus facilement chez les femmes qui ont eu des enfants et dont l'orifice utérin était déjà agrandi.

La cause que nous venons d'indiquer en dernier lieu a une action plus efficace lorsqu'elle est précédée des deux premières. C'est à cette

(1) Voy. *Union médicale* du 12 août 1858.

traction secondaire et consécutive des parois du vagin qu'il faut attribuer le plus souvent la disparition des lèvres du museau de tanche, le peu d'épaisseur des bords de l'orifice et l'aspect particulier qu'il présente assez fréquemment lui-même, aspect qui n'est autre que celui de la surface interne du col et que nous décrirons plus bas.

Chez quelques femmes qui n'ont pas eu d'enfants et qui sont atteintes de cette affection dès leur jeunesse, on a vu cette dilatation de l'orifice être produite par des manœuvres directes exercées, soit par la malade elle-même, soit par une personne étrangère dans le but d'accomplir l'acte de génération.

Si, en raison de tous ces motifs, l'ouverture du col est souvent plus étendue qu'à l'état normal, il n'est cependant pas rare de la voir plus étroite, ou même réduite à un simple pertuis susceptible de laisser seulement passer une sonde cannelée ordinaire ou un simple stylet de trousse. Quelquefois, et plus particulièrement chez les vieilles femmes, plus ou moins longtemps après la ménopause, cette ouverture est entièrement oblitérée. J'ai déjà observé cette disposition deux fois, et il n'est guère de praticien versé dans la pratique des maladies des femmes qui ne l'ait rencontrée. Dans ce cas de rétrécissement considérable, ou d'oblitération complète de l'orifice du col, il arrive souvent que la cavité de l'utérus est agrandie, les parois utérines dilatées et amincies par l'accumulation d'une matière épaisse, noirâtre ou d'un blanc rosé. Il ne faudrait pas confondre cet agrandissement particulier et tout à fait accidentel avec celui qui nous occupe.

L'utérus qui est le siége d'une semblable hypertrophie longitudinale a habituellement la forme d'un cône allongé et aplati, dont le sommet est dirigé en bas. Mais si le corps et le museau de tanche sont le siége d'une hypertrophie excentrique, il prend la forme d'une calebasse, disposition qui n'est qu'une exagération de la configuration naturelle.

La direction de l'utérus, en raison de l'excès de longueur de cet organe, de la présence de son corps dans l'excavation pelvienne et de la précipitation au dehors de son col qui peut faire au-dessous de la vulve une saillie de 8 ou 9 centimètres et quelquefois plus, est généralement complexe et variable, suivant les rapports qu'il a conservés avec les viscères voisins, l'état de ces viscères et la position que prend la malade.

Dans le plus grand nombre des cas, la malade étant debout, la totalité de la matrice présente une courbure à concavité antérieure qui tend à embrasser la vessie et le pubis; son corps est donc dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, suivant l'axe du détroit supérieur, et son col de bas en haut et d'avant en arrière, suivant l'axe du détroit inférieur. Cette anté-courbure dont on s'assure facilement par le toucher et par l'hystérométrie, mais par cette dernière surtout, est favorisée par la diminution considérable de la portion de la vessie qui reste derrière le pubis et qui attire le corps utérin vers cette partie du squelette; par la traction que le feuillet rectal du cul-de-sac postérieur du péritoine exerce sur l'extrémité supérieure du rectum, et par la chute des intestins grêles derrière le fond de l'utérus, de telle sorte que le plus souvent, bien que l'on examine la malade couchée sur le dos, on trouve encore cette courbure antérieure. D'autre fois, soit parce que la portion rétro-pubienne de la vessie a un volume considérable, soit parce que des adhérences ou de fausses membranes plus ou moins étendues unissent la face postérieure ou le fond de l'utérus au rectum, soit enfin parce que le diamètre sacro-pubien du bassin est très étendu, le corps de l'organe est porté en arrière vers la concavité du sacrum, la courbure antérieure est redressée et les deux parties qui composent la matrice n'ont plus qu'un même axe et une même direction qui sont parallèles à l'axe du détroit inférieur. Enfin il peut arriver que l'utérus soit en rétroflexion plus ou moins complète, comme nous l'avons observé deux fois, et alors sa direction devient complexe et en sens inverse de la première.

Quant à la direction de la portion du l'utérus pendante entre les cuisses, c'est-à-dire de la totalité du col, bien qu'en général elle soit, comme je l'ai déjà dit, la même que celle de l'axe du détroit inférieur, elle varie cependant suivant la longueur de la tumeur, la souplesse des tissus, la portion plus considérable de vessie ou de rectum qui entre dans la composition de la masse sous-vulvaire et l'état de plénitude ou de vacuité de ces parties viscérales. Elle varie aussi suivant la position que prend la malade.

Lorsque par hasard il existe une véritable et complète chute de la matrice, que cet organe pend au fond du vagin entièrement renversé, il n'y a plus de direction fixe, soit absolue, soit relative à la cavité pelvienne. L'utérus obéissant presque entièrement aux lois de la pesanteur

change de direction suivant l'attitude de la malade, et je ne saurais partager l'opinion de mon habile collègue, M. Jobert (de Lamballe), qui professe que dans le déplacément complet de l'utérus « cet organe se dirige suivant l'axe du détroit inférieur, c'est-à-dire de haut en bas et d'arrière en avant. » Ce que vient de dire cet éminent praticien peut quelquefois s'appliquer au semi-prolapsus, mais non au prolapsus complet.

Je demande pardon au lecteur d'avoir insisté si longuement sur les diverses directions de l'utérus longitudinalement hypertrophié et plus ou moins prolapsé. Mais ces détails sont de la plus haute importance au point de vue du diagnostic, de l'hystérométrie et même de la thérapeutique, et c'était pour moi une raison suffisante pour ne point les laisser de côté.

Si dans cet allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col on examine la structure du parenchyme de l'utérus, on voit qu'il est le plus souvent dans l'état normal, que les artères et les veines ont subi un développement proportionnel; mais rien n'annonce qu'elles soient le siége d'une altération particulière dans la structure de leurs parois. La consistance du tissu est la même; quelquefois, surtout chez les vieilles femmes, elle est diminuée. Dans d'autres circonstances plus rares encore, elle m'a paru augmentée. J'ai été à même de m'assurer maintes fois de ces caractères anatomiques sur des pièces pour ainsi dire vivantes, que je venais d'enlever sur des malades qui depuis longtemps souffraient de cette affection.

Ce que je viens de dire de l'état du tissu de la portion sus-vaginale de l'organe gestateur, je ne saurais le répéter pour la partie sous-vaginale, qui est souvent le siége d'une foule d'altérations qui sont autant de complications que nous examinerons plus loin. C'est une erreur de croire que la membrane muqueuse de la cavité utérine soit, comme on le dit, épaissie et engorgée. A un centimètre et souvent moins de l'orifice du col, elle est tout à fait saine dans le plus grand nombre des cas. Il n'en est pas de même des follicules.

La structure différente du corps et du col de l'organe, structure qui n'est point altérée, nous a permis de constater de la manière la plus positive que l'allongement siégeait le plus souvent et uniquement sur la portion sus-vaginale du col.

La vessie étant intimement unie à toute la longueur de la paroi antérieure du vagin et du col utérin, envoie constamment un prolongement plus ou moins considérable dans l'épaisseur de la portion supérieure et correspondante de la tumeur sous-vulvaire. Ce prolongement vésical est quelquefois formé par la partie antérieure de la base de l'organe, mais le plus souvent par la totalité de cette base, si le vagin est complétement renversé. On trouve donc presque toujours l'extrémité inférieure des uretères sur les faces latérales et postérieures de cette partie de la vessie, d'où une tension et un allongement plus ou moins considérables éprouvés par ces conduits, de la présence desquels il faut se rappeler lors de l'opération que nécessite souvent cette affection. Ils sont placés sur les parties latérales du pédicule de la tumeur (pl. VI, fig. 2), ou bien un peu plus bas, vers l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

L'urèthre, placé en partie dans l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin, a subi des changements considérables sur lesquels il est nécessaire de nous arrêter, parce qu'en général ils ont été mal compris.

L'extrémité supérieure ou vésicale de l'urèthre est devenue inférieure; sa paroi antérieure est devenue postérieure, et *vice versâ*. Au lieu de présenter une seule ligne, qui décrit une légère courbe à concavité supérieure, et dont l'ensemble est dirigé obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, il offre une courbure à concavité antérieure et inférieure, qui tend à embrasser le tubercule antérieur du vagin (pl. VI, fig. 2). Par suite du changement de direction que la portion herniée de la vessie a fait éprouver à ce canal, et de la traction qu'elle a exercée sur lui, sa moitié antérieure, qui se porte du vestibule au bord inférieur du ligament sous-pelvien, est raccourcie et devenue horizontale dans l'étendue de 10 à 12 millimètres. Le méat urinaire, au lieu d'être légèrement saillant, est enfoncé et rentré en dedans. Il est quelquefois précédé d'une sorte de dépression infundibuliforme, très bien représentée dans les planches de Dugès et Boivin, et de M. Cruveilhier.

Mais, une fois que le canal a traversé le plan aponévrotique et musculaire, formé par la rencontre du bord antérieur de l'aponévrose moyenne du périnée avec le ligament sous-pubien et les fibres charnues du muscle de Wilson, placées immédiatement derrière, libre de toute entrave, il se porte de suite en bas, et quelquefois même en bas et en

avant, suivant l'étendue de la portion vésicale herniée, la quantité d'urine qu'elle renferme, et les efforts que fait le malade.

Le canal forme donc, au moment où il traverse le plan aponévrotique et musculaire, un angle droit dont le sinus est en bas, angle qui interrompt la cavité uréthrale en mettant en contact intime les deux parois du conduit. C'est contre cet angle que vient buter l'extrémité de la sonde, lorsqu'on ne connaît pas bien cette direction tout opposée des deux portions du conduit. Cette disposition angulaire est plus ou moins prononcée et s'efface à volonté, à mesure que l'on rencontre et que l'on réduit la tumeur.

C'est à ces changements survenus dans la vessie et dans l'urèthre qu'il faut rapporter trois caractères ou signes physiques que présente, dans le plus grand nombre des cas, et en procédant de haut en bas, la tumeur sous-vulvaire.

1° La disparition, au moins pour l'œil, du méat urinaire. Il ne suffit pas, pour le découvrir, d'écarter, comme on le fait dans l'état normal, les nymphes en dehors, cette ouverture étant cachée au fond d'un sillon transversal, il faut, pour l'apercevoir, déprimer directement en bas le pli ou les plis de la membrane muqueuse vaginale qui le masque. D'autres fois les nymphes, fortement portées en bas et en dehors, ont abaissé le sommet du clitoris et son prépuce au-devant du méat, et ces parties forment une sorte de soupape qui le recouvre. Il est pour moi presque démontré que madame Boivin a fait une chose idéale en marquant le méat sur presque tous ses dessins.

2° Une surface triangulaire comprise entre la partie supérieure des nymphes, et qui présente en général des plis, des sillons à direction transversale, ou des saillies mamelonnées, fissurées et plus ou moins régulièrement rangées en travers. Cette partie est formée par le tubercule antérieur du vagin, transporté au dehors de l'ouverture vaginale et un peu en avant. Elle n'a jamais plus de hauteur que l'urèthre ne présente de longueur; elle s'arrête au point où ce canal se jette dans la portion herniée de la vessie.

3° Immédiatement au-dessous on voit une saillie hémisphérique formée par le col de la vessie et la portion antérieure de la base de cet organe. Aussi cette saillie est-elle plus ou moins considérable, tendue, luisante et fluctuante, suivant la quantité d'urine que ce réservoir ren-

ferme. Les parties latérales de la base de cette hémisphère se perdent sans démarcation avec les parties latérales de la tumeur; mais le plus souvent il n'en est point ainsi pour les autres points de sa circonférence. En haut, elle est séparée de la surface précédente par un sillon transversal, ou à concavité inférieure. C'est au niveau de ce sillon que se trouve l'extrémité vésicale de l'urèthre. En bas se remarque une très légère dépression semi-lunaire à concavité supérieure qui siége vers l'insertion du vagin sur le col.

Le rectum, qui n'est uni à l'utérus que par des liens indirects, qui n'a avec lui que des rapports de contiguïté et non de continuité, éprouve des modifications bien moins profondes et moins fréquentes que la vessie. Il arrive souvent, surtout si la paroi postérieure du vagin n'est pas complétement renversée, et si principalement le tiers inférieur de cette paroi n'est pas altéré; il arrive, dis-je, que le rectum n'a subi aucun changement. Mais il ne s'ensuit pas, comme le dit M. le professeur Cruveilhier, que la présence d'une portion de cet intestin dans la partie postérieure de la tumeur soit une exception ; encore pour admettre cette exception, suppose-t-il que M. J. Cloquet n'a pas fait erreur en faisant représenter un prolongement du rectum entre le col de l'utérus et la paroi postérieure du vagin renversée. De sorte que M. Cruveilhier est bien près, comme on le voit, d'affirmer que le rectum n'entre jamais dans la formation de la tumeur. Pour établir cette opinion il se base : 1° sur ce que cet intestin n'avait subi aucun déplacement dans les cas qu'il a étudiés; 2° sur ce que sa partie inférieure est plus fixe que le bas-fond de la vessie; 3° enfin sur ce qu'il faudrait que le renversement de la paroi postérieure du vagin fût aussi complet que celui de la paroi antérieure.

Afin d'être à même de bien juger une semblable question, il faut étudier la maladie avec soin pendant la vie, ne pas négliger, comme on le fait trop souvent, le toucher rectal, et si la malade vient à succomber, faire soi-même l'autopsie, examiner l'affection sur place et non lorsque la pièce a été enlevée par une main étrangère qui, dans les manœuvres de l'extraction, a réduit, sans s'en douter, le prolongement rectal, ce qui est d'autant plus facile que ce prolongement n'est formé que par la paroi antérieure de l'intestin, et qu'il n'adhère pas à la portion prolapsée de la matrice.

Voici ce qu'une étude attentive sur la femme vivante, et après la mort, m'a appris sur ce sujet : on rencontre le prolongement du rectum au moins une fois sur trois et surtout lorsque la chute de l'utérus, l'allongement hypertrophique de son col sont précédés d'un relâchement, d'un agrandissement considérable de l'extrémité inférieure du vagin et de la vulve, de l'affaiblissement, de la diminution des parties qui forment le diamètre antéro-postérieur du périnée ou de la destruction plus ou moins complète de cette région. Dans presque tous ces cas, qui ne sont pas rares, il y a une rectocèle plus ou moins considérable, qui précède le prolapsus utérin ou qui se développe en même temps.

On trouve encore assez souvent cet appendice rectal, lorsque depuis longtemps la paroi postérieure du vagin est complétement renversée, fait qui, comme nous le démontrerons, est encore plus fréquent que ne le croit M. Cruveilhier. La portion du gros intestin qui s'engage dans la partie postérieure de la tumeur est formée seulement par la partie inférieure de sa paroi antérieure, à partir du sphincter interne. M. Cloquet n'a donc pas commis d'erreur en représentant ce prolongement.

L'extrémité inférieure de l'intestin et sa paroi postérieure n'ont éprouvé aucun déplacement. Rien, en effet, dans cette affection, ne les sollicite à se déplacer.

L'étendue de ce prolongement varie de 2 à 5 centimètres, et quelquefois plus, lorsque des matières fécales s'y engagent et le distendent; d'autres fois il consiste en une simple dépression ou un renflement ampullaire que présente en avant l'intestin au-dessus du sphincter. Il est surtout très-étendu lorsque le prolapsus et l'hypertrophie du col sont précédés de la chute du vagin et de la rectocèle qui semblent avoir entraîné l'utérus à leur suite; plus restreint au contraire lorsque la matrice a été poussée au dehors par une cause quelconque, et qu'elle a consécutivement renversé le vagin de haut en bas. Dans cette circonstance c'est seulement lorsque la paroi vaginale postérieure est complétement tombée et renversée que la portion du rectum qui lui correspond et y adhère, s'engage dans la cavité de la tumeur. Le plus ou moins de fixité de la partie inférieure du rectum ne joue donc ici aucun rôle, la portion de l'intestin qui se déplace étant seulement celle qui adhère au vagin, de même qu'il n'y a que la portion de la vessie qui

est unie à ce conduit et au col utérin qui accompagne ces parties dans leur chute.

Il ne faut pas davantage attribuer, avec un de nos chirurgiens les plus distingués (1), l'absence de ce prolongement intestinal à la laxité du tissu cellulaire qui unit le vagin au rectum, autrement ce prolongement ne devrait jamais se rencontrer, puisque ce tissu est le même chez toutes les femmes. D'ailleurs cette souplesse, cette laxité du tissu cellulaire n'existe qu'à la partie supérieure de la cloison recto-vaginale; à sa partie inférieure ce tissu est plus dense, plus serré, et l'union qui cimente les deux conduits est plus intime, non-seulement à cause de ces qualités différentes du tissu, mais encore parce que cette union est dans ce point tout à la fois cellulo-vasculaire et musculaire, et partant assez solide pour que cette partie du vagin entraîne à sa suite la portion correspondante du rectum. Au reste, dans un grand nombre de cas, dans tous ceux où la descente et la précipitation de l'utérus sont précédées d'un affaiblissement de la cloison recto-vaginale et de rectocèle, le plus ou le moins de solidité de l'adhérence du vagin à la paroi antérieure du rectum ne peut être invoqué, puisque cette espèce de chute de l'intestin hors de la vulve est le résultat d'une force qui agit de l'intérieur à l'extérieur, et non d'une traction exercée par le vagin.

La structure de cette partie prolapsée du rectum est la même que celle du reste de l'intestin; seulement la tunique fibreuse est amincie, et les fibres longitudinales, dans un cas que j'ai observé, étaient assez espacées pour laisser entre elles un vide de 2 à 3 millimètres.

L'extrémité supérieure du rectum et l'extrémité inférieure de l'S iliaque présentent aussi un déplacement que je décrirai dans un instant.

Les culs-de-sacs péritoneux méritent au plus haut degré de fixer notre attention, à cause de leur importance considérée sous le point de vue chirurgical.

Le corps de l'utérus n'ayant presque jamais abandonné complétement la cavité pelvienne, sa face antérieure ayant ordinairement conservé ses rapports avec la face postérieure de la vessie, le col utérin étant en quelque sorte seul prolapsé et allongé, le cul-de-sac antérieur (vésico-

(1) *Union médicale* du 12 août 1858.

utérin) a presque conservé son étendue normale. Il présente une profondeur qui varie entre 6 et 8 centimètres, suivant que le corps de l'organe gestateur a plus ou moins participé à l'hypertrophie longitudinale, que le col utérin est plus allongé et la paroi vaginale antérieure plus complétement renversée. En tout cas, l'extrémité inférieure de ce cul-de-sac est située au moins à 6 centimètres au-dessus du bord antérieur de l'orifice du col ; de telle sorte que dans l'amputation de celui-ci on ne court aucun danger de l'atteindre, tant qu'on ne décolle la vessie que dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, ce qui est très suffisant.

Le cul-de-sac postérieur (vagino-rectal), qui offre le plus grand intérêt, qui domine le premier temps de l'opération que nous décrirons plus bas, a suivi l'allongement du col dans toute son étendue, et le renversement de la paroi postérieure du vagin. Aussi descend-il beaucoup plus bas que le cul-de-sac antérieur, et présente-t-il une profondeur qui varie entre 10 et 16 centimètres, et quelquefois plus (pl. II, fig. 7 et pl. VI, fig. 2).

Son extrémité inférieure, grâce à l'hypertrophie excentrique dont est atteinte le plus souvent la portion sous-vaginale du col est à 2 ou 3 centimètres au-dessus et arrière du bord postérieur de l'orifice utérin. Si cette hypertrophie suivant l'épaisseur n'existe pas, cette extrémité n'est distante de l'orifice du col que d'un centimètre et demi tout au plus.

Lorsque l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin descend au-dessous de l'ouverture du col et forme la partie la plus déclive de la tumeur sous-vulvaire, comme dans les observations 12, 19, 24, etc. (pl. IV, fig. 1, pl. VII, fig. 1, pl. XI, fig. 1), ce cul-de-sac peut descendre jusqu'à 3 et 4 centimètres au-dessous de cette ouverture et arriver jusqu'au sommet de la tumeur dont il n'est séparé que par l'épaisseur de la paroi vaginale. Il présente une disposition et des dimensions que nous décrirons lorsque nous nous occuperons de la cavité vagino-péritonéale.

Souvent il arrive que l'extrémité supérieure du feuillet rectal de ce cul-de-sac, doublé par les restes des ligaments utéro-lombaires (1)

(1) Je les désigne ainsi, parce qu'ils se portent, non jusqu'au sacrum, mais jusqu'à la partie antérieure et latérale de la dernière vertèbre lombaire.

(utéro-sacrés), forme une large bride aplatie d'avant en arrière; cette bride en bas descend verticalement dans la partie postérieure de la cavité formée par le cul-de-sac lui-même et le vagin renversé; en haut elle se dirige sur les parois antérieure et latérale de l'extrémité supérieure du rectum qu'elle entraîne vers l'ouverture de la cavité, en courbant fortement cet intestin de haut en bas et d'arrière en avant. La laxité du tissu cellulaire qui, inférieurement, unit le péritoine à la paroi antérieure du rectum, favorise considérablement la formation de cette bride sous l'influence de la traction qu'exerce l'extrémité inférieure du cul-de-sac péritonéal entraînée par l'extrémité supérieure du vagin et le col de l'utérus auxquels elle est intimement unie (pl. II, fig. 7 G, pl. VI, fig. 2 O.O).

C'est une grande erreur de croire que les *annexes de l'utérus, ligaments larges, trompes et ovaires,* soient entraînés dans la cavité vagino-péritonéale. Les auteurs qui ont avancé ce fait l'ont certainement admis par théorie, imbus qu'ils étaient que dans la maladie désignée sous le nom de précipitation de la matrice, le corps de cet organe étant complétement sorti du bassin, il a dû attirer à sa suite les annexes jusque dans la cavité vaginale. Mais ils ne l'ont certes jamais constaté sur le cadavre, puisque dans la très grande majorité de ces affections (environ vingt-huit fois sur trente), le corps utérin est encore situé dans le bassin, et par conséquent bien au-dessus de la cavité vaginale, qui commence au-dessous de la vulve. Il y a plus, c'est que dans la véritable précipitation, dans celle, par exemple, qui existe au musée de la Faculté et que j'ai fait représenter (voy. pl. III, fig. 1), ces organes sont à peu près dans leur situation naturelle, sur les parties latérales de l'excavation pelvienne, et cependant le corps de l'utérus atrophié est descendu jusqu'au-dessous du bord inférieur de la symphyse du pubis. L'extrémité interne des trompes, du ligament de l'ovaire, des ligaments ronds et des ligaments larges a été seule entraînée dans la cavité vaginale. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans ceux où l'affection est constituée par l'allongement hypertrophique et la précipitation du col, le corps de l'organe étant tout au plus légèrement abaissé, il n'y a que la partie inférieure des ligaments larges qui ait été attirée en bas vers l'ouverture de la cavité vaginale. Le reste de ces ligaments, les trompes, les ovaires et les ligaments ronds ont conservé leur situation et leur direc-

tion naturelles. La courbure des derniers n'est même pas effacée, et ils n'ont pas éprouvé la moindre tension; ils ne sont, comme on l'a trop souvent supposé, ni relâchés, ni allongés, ni tendus.

Il n'y a, selon moi, qu'un cas où les annexes de l'utérus pourraient être entraînées dans la partie supérieure de la cavité vaginale ; ce serait celui dans lequel il existerait tout à la fois un allongement du col, un renversement complet du vagin avec une rétroflexion du corps de l'utérus portée à un tel degré, que le fond de l'organe fût situé plus bas que le sommet du col, toutes circonstances que j'ai rencontrées une fois sur une nommée Borzot (pl. XI, fig. 1, obs. 24). Mais, comme c'était pendant la vie, il m'a été impossible de préciser la situation des annexes utérines.

Il n'en est pas de même des ligaments utéro-lombaires dont on trouve à peine des traces. Lorsqu'on étudie sur le cadavre les altérations qu'ont éprouvées ces ligaments dans les trois degrés de la maladie, abaissement, descente et précipitation, on voit qu'ils ont été graduellement tendus, allongés, éraillés, déchirés, puis complétement rompus, annihilés par les accouchements réitérés et souvent laborieux qu'ont eus ces femmes, ainsi que par la traction permanente que le col utérin et la paroi postérieure du vagin descendus jusqu'à 10, 12 centimètres au-dessous de la vulve ont exercée sur eux. Aussi les vestiges de ces ligaments, lorsqu'on les retrouve, viennent-ils se perdre sur les parties latérales de la grande bride vagino-rectale formée par le feuillet péritonéal postérieur du cul-de-sac recto-utérin.

Le vagin, que nous examinons un des derniers, parce qu'il forme l'enveloppe, le surtout de la tumeur, est plus ou moins renversé, suivant le degré d'allongement, la précipitation du col et la position de la malade. Lorsque toute la portion sus-vaginale du col hypertrophié est sortie ou lorsqu'il excite une véritable chute de l'utérus, le vagin est entièrement ou presque entièrement renversé.

En général la paroi antérieure est plus tôt et plus complétement renversée que la paroi postérieure, ce qui tient à trois dispositions principales : 1° à ce que celle-ci est plus longue ; 2° à ce que l'ouverture vulvaire, au lieu d'être parfaitement horizontale ou perpendiculaire, suivant la position de la femme, est dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, ce qui en avant découvre davantage le pédicule

de la tumeur ; 3° à ce que, quand ces malades sont debout, la tumeur ne pouvant rester pincée entre les cuisses, glisse derrière ces parties en se dirigeant de haut en bas et d'avant en arrière; d'où il résulte une traction opérée sur la paroi antérieure et un relâchement réel ou relatif de la paroi postérieure. Au lit, pendant le sommeil, la tumeur abandonnée à son propre poids se porte également en arrière.

Mais on ne saurait partager l'opinion de M. le professeur Cruveilhier qui dit : « Tandis que ce renversement de la paroi antérieure est complet, le renversement de la paroi postérieure ne l'est jamais ou presque jamais, à quelque degré que soit parvenu le déplacement; aussi les tumeurs formées par le déplacement de l'utérus ont-elles toujours un diamètre vertical plus considérable en avant qu'en arrière. » Il est encore plus affirmatif en parlant de la rainure circulaire qui, en arrière, sépare le pédicule de la tumeur des autres parties; il s'exprime ainsi : « Cette rainure, qui m'a paru constante, est la preuve que le renversement du vagin n'est jamais complet en arrière (1). »

M. Cruveilhier a singulièrement exagéré la fréquence des renversements incomplets de la paroi postérieure. Je puis certifier que, quand la tumeur présente une longueur de 11 à 12 centimètres, et ce cas est très fréquent, presque toujours la paroi postérieure est complétement renversée. On la trouve même quelquefois dans cet état, bien que la tumeur n'ait que de 9 à 10 centimètres. Ce qui a pu tromper M. Cruveilher, et avec lui plusieurs autres praticiens, c'est que non-seulement, comme je l'ai déjà dit, l'extrémité antérieure de la vulve est placée plus haut que son extrémité postérieure qui recouvre une partie de la paroi postérieure renversée, mais encore c'est qu'on examine en général les malades couchées sur le dos, les cuisses écartées ; la tumeur, abandonnée alors à son propre poids, se dirige en bas et en arrière, ce qui tend, allonge et tire au dehors la paroi antérieure du vagin, relâche, plisse, raccourcit la paroi postérieure et lui permet, par sa contractilité et sa simple élasticité de tissu, de remonter en partie dans le bassin. Mais, si l'on saisit et relève la tumeur vers la symphyse des pubis, ou si l'on fait coucher la malade en pronation, on s'aperçoit de suite que la paroi postérieure est tout autant renversée que l'antérieure, et que la

(1) *Traité d'Anatomie pathologique générale*. Paris, 1849, t. I, pag. 573.

rainure circulaire n'est plus qu'un simple sillon demi-circulaire qui a tout au plus 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 de profondeur, dont la partie antérieure est formée par l'extrémité inférieure de la paroi vaginale renversée, devenue extrémité supérieure, et la partie postérieure par la commissure vulvaire (fourchette) et le bord antérieur du périnée. Pour dire que le renversement de la paroi postérieure est incomplet, il faudrait que la rainure dont parle M. Cruveilher fût formée entièrement, en avant comme en arrière, par la paroi vaginale postérieure, et c'est ce qui n'a pas lieu le plus souvent. Si le diamètre vertical de la tumeur est plus considérable en avant qu'en arrière, cela ne tient pas, comme le pense le célèbre anatomo-pathologiste, au renversement incomplet de la paroi postérieure, mais à l'obliquité de l'ouverture vulvaire qui, en avant, découvre le pédicule, en arrière, au contraire, descend au-dessous de lui et le masque; à ce que l'on fait rentrer dans la face antérieure de la procidence toutes les parties qui sont sur le même plan depuis le clitoris et la réunion des nymphes jusqu'au sommet de la tumeur, sans s'arrêter ou sans faire attention à ce fait, que supérieurement le vestibule, le méat et son renflement, bien que placés en avant, n'appartiennent pas à la paroi antérieure du vagin, et qu'inférieurement, dans un très grand nombre de cas, cette face antérieure est formée par la paroi vaginale postérieure complétement renversée, recourbée de bas en haut et d'arrière en avant; de telle sorte que le col de l'utérus et son orifice, au lieu d'être placés au sommet de la tumeur, sont situés sur le tiers inférieur de sa face antérieure et quelquefois plus haut (pl. IV, fig. 1, pl. VII, fig. 1, pl. XI, fig. 1).

Ce prolongement de la paroi postérieure sur la face antérieure de la masse sous-vulvaire a même été représenté dans des planches du grand ouvrage de l'auteur précité (1).

Si l'on mesure la paroi antérieure du vagin, du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, on s'aperçoit de suite qu'elle est ordinairement plus courte que la paroi postérieure mesurée, du bord postérieur de cet orifice au fond du sillon ou de la rainure vulvo-vaginale, ce qui, au reste, devait être, parce qu'à l'état normal elle est plus courte, qu'elle est solidement unie dans toute sa longueur à l'urèthre et à la

(1) *Anat. pathologique du corps humain*, avec planches, liv. XVI, pl. v; liv. XIII, pl. IV.

vessie, et qu'elle ne supporte que les efforts modérés qui lui viennent du côté de ce viscère, tandis que la paroi postérieure est plus longue, libre, abandonnée à elle-même dans une partie de son étendue, qu'elle supporte en grande partie les efforts sexuels, ceux de l'accouchement, des viscères abdominaux et de l'acte de la défécation; aussi est-elle plus dilatée, plus faible et plus mince que la paroi antérieure.

Le volume de la tumeur varie suivant l'étendue du déplacement de l'hypertrophie utérine, l'ancienneté de l'affection, le degré d'agrandissement de la vulve, la position de la malade, les efforts qu'elle fait, la fatigue qu'elle a éprouvée au moment de l'examen, et la présence d'une plus ou moins grande quantité de matières étrangères à sa composition anatomique. La plus volumineuse que j'ai observée avait une longueur de 20 centimètres et une largeur de 11 centimètres, et, chose remarquable, l'utérus n'était pas complétement sorti du bassin; mais il faut dire qu'une grande partie de l'excès de longueur de cette tumeur était formé par la paroi postérieure du vagin, descendue beaucoup plus bas que le col de la matrice (pl. VII, fig. 1).

Il en est de même de la forme, qui varie à l'infini. En général, elle est *ovoïde*, et la grosse extrémité est dirigée en bas, si surtout l'ouverture vulvaire n'est pas très agrandie, et le col utérin est placé en avant et non au sommet de la tumeur. Dans les circonstances opposées, la base de l'ovoïde ou du *cône* que représente cette tumeur, répond à la vulve. Quelquefois elle est régulièrement *ovalaire*, les deux extrémités offrant les mêmes dimensions. Dans d'autres circonstances elle est tout à fait *sphérique :* c'est surtout lorsque avec une ouverture vulvaire médiocrement agrandie, les parois vaginales sont très affaiblies, dilatées, et qu'une grande portion de la vessie descend dans la tumeur. Si le col est élargi par suite d'un engorgement, d'une hypertrophie excentrique, et que l'ouverture de la vulve ne soit pas très large, la tumeur est *cylindrique* (pl. V, fig. 1). Enfin, dans d'autres circonstances elle est rétrécie au milieu et a la forme d'une *calebasse*. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'atlas annexé à ce travail pour se rendre compte de toutes ces variétés qui peuvent aussi être modifiées par l'état physiologique des parties.

Les rides vaginales sont conservées ou même plus prononcées qu'à l'état normal sur le tubercule antérieur du vagin. Sur toutes les autres parties de ce conduit elles sont considérablement diminuées ou même

entièrement effacées, si la tumeur est très volumineuse, très longue, ou appartient à une femme âgée.

L'extrémité supérieure de la tumeur étant plus ou moins large, suivant l'agrandissement de la vulve et la diminution du diamètre antéro-postérieur du périnée, la base est pédiculée ou sessile. En avant, elle se confond avec le pourtour du méat urinaire, sur les côtés avec la base de la face interne des nymphes, de telle sorte que ces replis ne sont jamais effacés pour faire partie du prolapsus, même le plus volumineux. En arrière, une rainure ou mieux un sillon demi-circulaire, dont la concavité est dirigée en avant, qui est plus profond au milieu qu'à ses extrémités qui viennent se perdre vers la base des nymphes, sépare le pédicule de la commissure postérieure de la vulve et du bord antérieur du périnée. Toute cette surface vaginale renversée est lisse, polie, luisante, à moins qu'elle ne présente çà et là des plaques épidermiques. dont l'adhérence, l'épaisseur et l'étendue varient beaucoup. Elle est habituellement sèche, si la tumeur ne rentre pas depuis longtemps et si des ulcérations plus ou moins étendues ne s'y sont pas développées. Sa teinte est ordinairement rosée ou d'un rouge légèrement violacé. Mais si la tumeur est très ancienne et ne rentre jamais, elle devient plus pâle et se rapproche de la teinte de la peau, dont elle revêt quelques-uns des caractères et presque la densité. Les parois vaginales ne sont ramollies que lorsqu'elles sont le siége de complications morbides.

C'est pour avoir négligé et méconnu une partie des modifications organiques que nous venons de passer en revue, et pour avoir cru que dans le prolapsus utérin l'organe gestateur avait abandonné la cavité pelvienne, que presque tous les praticiens ont pensé et écrit que le vagin, ainsi renversé et élargi, formait une vaste cavité béante vers le bassin recélant l'utérus tout entier, ses annexes et une partie de l'intestin grêle. Nous avons vu qu'il était extrêmement rare d'y rencontrer la totalité du corps de l'utérus, et jamais nous n'y avons trouvé aucune portion de l'intestin grêle, quelque volumineuse qu'ait été la tumeur soumise à notre observation.

Sous ce rapport encore nous ne saurions partager l'opinion de notre savant professeur d'anatomie pathologique qui, dans son ouvrage, avec planches, publié en 1842, après avoir examiné la différence de profondeur qui existe entre les deux culs-de-sac péritonéaux, s'exprime ainsi :

« L'antérieur est, en général, trop peu considérable pour admettre les intestins grêles, tandis que le cul-de-sac péritonéal postérieur peut en admettre une très grande, une énorme quantité. C'est dans ce cas que les tumeurs formées par les chutes de l'utérus acquièrent un développement si considérable, celui de la tête d'un adulte par exemple. On a lieu de s'étonner que ces déplacements d'intestins ne soient pas plus fréquents. »

Il est évident que M. Cruveilhier n'a émis cette manière de voir que parce qu'il n'avait pas encore observé un assez grand nombre de faits, qu'il s'est laissé entraîner par l'opinion généralement reçue et le volume considérable que présente quelquefois la tumeur; car dans son livre d'*Anatomie pathologique*, publié en 1849, p. 576, il dit positivement qu'il n'a jamais rencontré cette disposition sur le cadavre; mais il ajoute : « Comment expliquer sans elle cette invagination du volume de la tête d'un adulte dont j'ai parlé ? »

Il n'est pas besoin d'avoir recours à une supposition que rien ne justifie pour expliquer le volume considérable que présente la tumeur, dans quelques cas très exceptionnels. Il suffit pour cela que les parois vaginales aient été très affaiblies par un grand nombre d'accouchements antérieurs, par des efforts réitérés depuis plusieurs années, pour qu'elles entraînent à leur suite une grande portion de la vessie et du rectum. Dans cette circonstance, le volume extraordinaire du prolapsus s'explique d'autant plus facilement que ces malades sont sujettes à la rétention d'urine et à une constipation très opiniâtre. C'est ce qui avait lieu chez une de nos malades (obs. 19, pl. VII), dont le volume considérable de la tumeur disparaissait lorsqu'on avait vidé la vessie et le rectum.

Au reste, cette prétendue cavité vaginale n'est, le plus souvent, qu'une sorte de cavité virtuelle et n'existe pas à proprement parler en tant que formée par le conduit vulvo-vaginal renversé. Elle n'est constituée que par le prolongement en bas du cul-de-sac vagino-rectal du péritoine qui s'engage dans la partie postérieure du vagin prolapsé, puisque les deux tiers antérieurs de la cavité et de l'ouverture de ce canal se trouvent comblés par le prolongement vésical, par le col de l'utérus et le corps de l'organe placé en haut. Il ne reste donc de cette cavité et de son ouverture que le petit espace compris entre l'extrémité inférieure du rectum, la paroi vaginale postérieure renversée, et la

partie inférieure de l'utérus, c'est-à-dire la portion la plus déclive du cul-de-sac péritonéal postérieur, allongée, attirée en bas et au dehors du bassin par le col utérin descendu, et l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin devenue inférieure. Cette cavité, que plus haut en décrivant les culs-de-sac du péritoine j'ai désignée à dessein sous le nom de vagino-péritonéale, a ordinairement la forme d'une fiole aplatie ou d'un ovale très allongé dont l'extrémité supérieure est généralement plus étroite que l'inférieure. Sa longueur varie suivant le degré du prolapsus, l'allongement du col et l'étendue du renversement de la paroi postérieure du vagin, son extrémité inférieure étant solidement unie à ces deux dernières parties ; elle est à peu près égale à celle de la tumeur sous-vulvaire. Son extrémité supérieure plus ou moins rétrécie commence au niveau de l'aponévrose pelvienne (périnéale supérieure), là où, à l'état normal, finit le cul-de-sac postérieur. Elle présente une ouverture arrondie ou ovalaire, froncée comme l'entrée d'une bourse et analogue à l'orifice interne d'un sac herniaire. En avant, elle est limitée par la face postérieure du col ou du corps de l'utérus, en arrière par la face antérieure de l'extrémité inférieure du rectum, et sur les côtés par l'aponévrose pelvienne, mais surtout par les fibres internes du releveur de l'anus, qui se portent des parties latérales du rectum aux parties latérales de la base de la vessie. Elle répond à la partie la plus déclive de l'excavation pelvienne ; elle n'est pas béante, mais bien obstruée par le rapprochement et le contact des parties qui la limitent, de telle sorte que pour apprécier son étendue, il faut y introduire le doigt ou écarter ces parties du centre à la circonférence. Le diamètre antéro-postérieur varie de 1 à 2 centimètres, et le transversal de 2 à 4 centimètres.

Lorsqu'il existe véritablement une chute complète de la matrice, et que le fond de cet organe est resté au niveau du pédicule de la tumeur, cette ouverture se présente sous la forme d'une simple fente transversale qui peut avoir une longueur de 5 à 7 centimètres et une largeur de 2 à 3 centimètres. C'est ce qui avait lieu dans la pièce du musée de la Faculté. Au reste, que cette voie de communication entre le fond du bassin et la cavité vagino-péritonéale soit arrondie, ovalaire ou transversale, elle est recouverte, dans le plus grand nombre des cas, par l'extrémité supérieure du rectum recourbé sur lui-même de haut en bas et d'arrière

en avant. Il peut même arriver, si la tumeur a un volume considérable et est très longue, que cette partie du rectum s'engage dans la cavité elle-même, de telle sorte que si la malade était déjà atteinte d'une rectocèle, on trouve deux portions de cet intestin dans la cavité qui nous occupe, inférieurement une partie de la paroi antérieure, supérieurement une partie plus ou moins étendue de tout le calibre de l'intestin, et l'on conçoit qu'un étranglement intestinal pût à la rigueur avoir lieu dans ce point, si les bords de l'ouverture avaient plus de résistance. En somme, pour que l'intestin grêle s'engageât dans la dépression vagino-péritonéale et fît partie du prolapsus, il faudrait : 1° que le mésentère fût préalablement allongé, afin de permettre à cette portion du tube digestif de descendre beaucoup plus bas que la portion la plus déclive du fond du bassin ; 2° que l'extrémité supérieure du rectum ne se fût pas placée comme intermédiaire au-dessus de l'ouverture de cette cavité qu'il obstrue. On ne concevrait la présence d'une portion de l'intestin grêle qu'autant qu'avant l'existence de la chute cet intestin aurait contracté des adhérences solides avec la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'utérus et de l'extrémité supérieure du vagin, adhérences que je n'ai jamais rencontrées. Lorsque cet intestin adhère à l'utérus, c'est ordinairement avec la face antérieure ou le fond de l'organe que l'union s'opère.

L'insertion du vagin sur le col qui, à l'état normal, a au plus 1 centimètre d'étendue, présente une longueur de 2 à 3 centimètres par suite de l'allongement hypertrophique qu'a elle-même éprouvé cette partie de l'organe à laquelle s'attache le conduit. Cette particularité anatomique est des plus importantes à connaître. C'est elle qui, conjointement avec l'hypertrophie excentrique dont est fréquemment atteinte la portion sous-vaginale du col, nous a souvent permis d'enlever une grande portion de l'organe gestateur, sans avoir jamais ouvert la cavité vagino-péritonéale.

Chez un grand nombre de ces malades, l'entrée du vagin et l'ouverture vulvaire ont subi des modifications dont les unes sont consécutives, les autres primitives, et qui ont joué un rôle important dans l'étiologie et le mécanisme de l'affection.

Lorsqu'après avoir réduit la tumeur on examine avec attention la vulve, on voit que son ouverture a subi un agrandissement en tous sens ; mais surtout dans le sens antéro-postérieur ; qu'en général la fourchette

a été fortement dilatée ou déchirée; qu'il existe une ou plusieurs cicatrices vers la base et la face interne des nymphes, ou vers l'une des extrémités de ces replis; que les caroncules myrtiformes ont disparu; que le périnée est raccourci et souvent déchiré à différents degrés; que les parties latérales sont fortement refoulées en dehors, au point d'être en contact immédiat avec la face interne des branches ascendantes des ischions, et que le diamètre transversal de la fourchette peut présenter jusqu'à 4 centimètres d'étendue. Les appareils sécréteurs vulvo-vaginaux sont en général atrophiés.

Si l'on porte l'investigation plus loin et si l'on dissèque avec soin les parties molles qui composent le plancher du bassin en procédant de haut en bas, c'est-à-dire suivant l'ordre dans lequel les lésions se sont opérées, on voit que chez la plupart de ces femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants et qui ont repris leurs travaux avant que ces lésions n'aient été réparées, on voit, dis-je, que la partie centrale de l'aponévrose pelvienne est éraillée, déchirée et même détruite dans une plus ou moins grande étendue; que sa bandelette transversale, qui est au-dessous du cul-de-sac péritonéal postérieur, et qui sépare le rectum du vagin, est complétement déchirée ; qu'il en est de même des fibres centrales et vaginales du releveur de l'anus; que l'aponévrose moyenne du périnée, à part sa partie antérieure placée dans le triangle sous-pubien, est détruite. Le muscle constricteur du vagin est déchiré et atrophié. L'anneau vulvaire fibro-dartoïde, si bien décrit dans le *Traité d'anatomie médico chirurgical* de M. Richet, est rompu. De plus, comme il arrive souvent que la moitié antérieure du périnée a été déchirée et que les deux côtés se sont cicatrisés séparément, la continuité du sphincter de la vulve avec l'extrémité antérieure et entre-croisée du sphincter de l'anus est interrompue, ainsi que celle du transverse du périnée avec celui du côté opposé. Cette rupture des muscles du périnée, dont les deux moitiés se retractent chacune vers l'ischion, explique parfaitement l'excès de l'étendue du diamètre transversal de la fourchette.

Les veines des parties que nous venons d'examiner, utérus, annexes, vagin et vulve, sont ordinairement très développées et dilatées, ou même variqueuses, ce qui rend compte de la teinte rouge violacée que présentent en général ces parties.

Les artères vaginales, les vagino-utérines et les utéro-vésicales sont

aussi plus développées qu'à l'état normal. Quelquefois on les sent et on les voit battre sur les parties latérales de la tumeur. Aussi, dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col s'écoule-t-il une assez grande quantité de sang et doit-on prendre toutes les précautions pour remédier à cet inconvénient.

Lésions anciennes accessoires et concomitantes. — Comme les malades ont été souvent atteintes avant ou depuis l'existence du prolapsus, mais surtout avant, de métro-péritonite, de péritonite pelvienne, d'inflammation péri-utérine, ou d'inflammation phlegmoneuse des annexes de l'un des côtés de l'organe, il n'est pas rare de trouver son corps uni par des fausses membranes, des adhérences plus ou moins anciennes, étendues, nombreuses et solides, soit à la vessie, soit au rectum ou à la face postérieure de l'excavation pelvienne, quand ce n'est pas à l'un des côtés de cette excavation par l'intermédiaire des annexes correspondantes qui forment une seule masse rétractée et indurée qui attire à elle l'utérus. D'autres fois ce sont les extrémités utérines des ligaments ronds qui sont épaissies, rétractées et adhérentes tout à la fois à la partie inférieure de la face postérieure de la vessie et au corps de l'utérus; de telle sorte que cette partie de l'organe ne saurait se porter en haut, en bas ou en arrière, sans entraîner avec elle la portion du réservoir vésical à laquelle elle est médiatement unie.

Il peut encore exister d'autres lésions avec la chute utérine; mais comme elles n'exercent presque aucune influence sur les causes, les signes et le traitement de cette maladie, je ne m'en occuperai qu'à l'occasion des complications.

Il ne nous reste pour compléter l'ensemble des signes physiques auxquels peuvent donner lieu les modifications organiques que nous venons de décrire, qu'à nous arrêter sur les caractères particuliers que peuvent offrir la palpation, le toucher rectal, hypogastrique et vaginal, le cathétérisme vésical et utérin. Si l'on eût appliqué avec soin ces modes d'exploration et surtout le dernier, on n'eût pas confondu l'allongement hypertrophique de l'utérus accompagné de renversement complet du vagin, avec la précipitation de l'organe gestateur.

On est arrivé à perpétuer cette erreur, non-seulement parce qu'on ignorait l'existence de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col et ses conséquences, mais encore, et surtout, parce qu'on

a fait du diagnostic avec le raisonnement et non d'après l'étude clinique. On s'est dit : L'utérus, à l'état normal, ne présente que 7 à 7 centimètres 1/2 de longueur et le vagin a une hauteur de 10 à 10 centimètres 1/2; donc quand ce dernier est complétement renversé et quand la tumeur utéro-vaginale qui prend entre les cuisses a une longueur de 10 à 12 centimètres, la matrice doit être complétement prolapsée et sortie du bassin. Puis est arrivée une exploration superficielle et inattentive qui a corroboré l'idée préconçue.

Comme, en général, dans cette affection, la portion sous-vaginale du col est le siége d'une hypertrophie excentrique, et que celle qui donne insertion au vagin est allongée et surmontée d'un rétrécissement réel ou relatif qui donne une sensation de vide, on a pris ces deux parties de l'organe pour le tout. Dans d'autres cas, je ne doute pas qu'on n'ait pris un bol de matières stercorales déposé dans l'appendice que le rectum envoie dans la partie postérieure de la tumeur et au-dessus de la portion du col embrassée par le vagin, pour le corps de l'utérus. D'autres fois une tumeur fibreuse ou un kyste développés dans la partie du col située au-dessus de l'insertion vaginale ont pu contribuer à faire commettre cette erreur qui eût été très facile dans le cas observé et dessiné par M. Cloquet (pl. II, fig. 6).

Lorsque l'on touche et palpe avec soin l'ensemble de la tumeur, on reconnaît qu'elle est assez légère et qu'elle n'a pas une très grande mobilité; qu'elle n'est pas aussi pesante ni aussi mobile sur sa base que le serait un utérus complétement introversé, un polype fibreux ou un polype creux pendants au-dessous de la vulve; que sa consistance considérée en masse, bien que plus souple et plus douce que celle de ces tumeurs, n'offre pas la même régularité ni la même uniformité que ces dernières, et qu'elle présente, sous ce rapport, de grandes différences suivant les points que l'on examine. La partie antérieure et supérieure est assez ferme, épaisse, élastique, fluctuante ou semi-fluctuante, et donne la sensation d'une cavité sphéroïde renfermée dans une autre cavité. C'est qu'en effet il existe en ce point deux parois emboîtées l'une dans l'autre et une portion de la vessie qui est plus ou moins distendue et dilatée par l'urine. Les parties latérales postérieures sont douces, molles, dépressibles, et donnent d'abord la sensation d'une cavité vide; mais si l'on continue à les déprimer entre les doigts, on ne tarde pas à

rencontrer au centre de la cavité, et cela dans toute la longueur de la tumeur, une tige cylindrique, ferme et élastique, se continuant en bas avec la portion sous-vaginale du col qui forme elle-même dans l'épaisseur de la tumeur un renflement ovoïde ou mamelonné, en général plus consistant que tout le reste de la masse; en haut, cette tige se dirige vers le bassin et se continue avec le corps de l'utérus. Elle n'est autre chose que la portion sus-vaginale du col utérin allongée.

Le doigt porté dans le rectum et dirigé en avant, après avoir constaté l'absence ou la présence d'une portion de cet intestin dans la tumeur, rencontre cette partie de l'utérus, et suit jusque dans le bassin sa continuité avec le corps de l'organe qu'il trouve situé derrière la symphyse des pubis et quelquefois plus haut, au point qu'il ne peut remonter assez loin pour en atteindre le fond.

Si alors on a recours au cathétérisme vésical, on sent, lorsqu'on dirige la sonde directement en arrière vers le rectum, qu'il existe sur la ligne médiane un corps résistant, plus ou moins large, qui sépare l'extrémité de cette sonde du doigt. Mais lorsqu'on la dévie à droite ou à gauche, tout en la portant vers l'intestin, le doigt sent immédiatement son extrémité, dont il n'est plus séparé que par l'épaisseur des parois vésicale et rectale.

Si après avoir introduit l'algalie on l'abandonne à elle-même sans lui imprimer une direction, son pavillon se dirige le plus souvent en avant et en haut vers la symphyse pubienne, et son extrémité vésicale en bas dans la partie antérieure de la tumeur où on la sent et même où on la voit quelquefois, car elle ne tarde pas à venir soulever la paroi correspondante du vagin, pour peu que l'on porte davantage le pavillon du côté de l'abdomen (pl. VIII, fig. 2; pl. IX, fig. 1).

Cette extrémité de l'algalie portée plus profondément dans la tumeur, permet de reconnaître les limites inférieures de la vessie et la distance qui la sépare de l'orifice du col utérin.

Je ferai remarquer en passant que, pour introduire la sonde dans la vessie sans difficulté et sans faire souffrir la malade, il faut, non comme le conseille S. Cooper, la *diriger horizontalement vers le sacrum*, ni *en bas et en arrière*, comme le dit M. Cruveilher, pas plus que *de haut en bas*, comme le recommandait naguère, dans une leçon sur ce sujet, un de nos chirurgiens les plus distingués; mais bien, après avoir placé

sa concavité en bas, diriger et introduire d'abord l'instrument horizontalement dans l'étendue d'un centimètre et 1/2 environ, puis le porter directement en bas, en dirigeant, par un mouvement de bascule, le pavillon vers le pubis. De cette manière on évite de froisser les parois du canal et de venir buter contre l'angle de flexion que forme ce conduit sitôt qu'il a traversé le ligament sous-pubien. Comme il s'agit, dans cette circonstance, d'un cathétérisme explorateur et non évacuatif, cette opération pourrait tout aussi bien et même mieux être exécutée avec un hystéromètre. S'il s'agissait du cathétérisme évacuatif, il faudrait à plus forte raison imprimer au cathéter les mêmes manœuvres, car les angles et la différence de direction des deux parties de l'urèthre sont d'autant plus prononcés que la portion herniée de la vessie renferme plus d'urine.

Tant que la tumeur est ainsi pendante entre les cuisses, le toucher hypogastrique n'apprend rien de bien important. Il peut tout au plus, quand la femme est maigre, la paroi abdominale souple et relachée, aider à reconnaître le fond de l'utérus, lorsque, par exception, cette partie de l'organe dépasse le bord supérieur du pubis. Encore faut-il, pour qu'il soit bien perçu, que le corps de l'organe soit fixé et même un peu repoussé en haut et en avant par un ou deux doigts introduits dans le rectum. Autrement, comme dans cette maladie l'utérus est généralement très mobile, il fuit devant la paroi abdominale et on ne le perçoit pas.

Lorsque la matrice est libre d'adhérences et que la tumeur rentre spontanément sous l'influence du repos et de la position horizontale, ou lorsqu'on la réduit à l'aide d'une sorte de taxis, le corps de cet organe remonte dans le grand bassin et même quelquefois dans la cavité abdominale où il peut être senti par le toucher hypogastrique, pourvu que, par le toucher vaginal, on maintienne le col à sa place normale. Mais si des adhérences semblables à celles que nous avons décrites fixent l'utérus aux organes pelviens, ou bien si, sans y être fixé, les circonvolutions de l'intestin grêle qui sont au-dessus de lui adhèrent entre elles ainsi qu'au rectum et à la vessie, la tumeur ne rentre pas spontanément, et si l'on cherche à la réduire, on ne tarde pas à reconnaître que le corps de l'utérus, après avoir subi un léger mouvement ascensionnel, s'arrête dans ce sens pour se porter en anté, en rétro ou latéro-flexion, suivant qu'il est uni à la vessie, au rectum ou à la marge du bassin. Si le corps de l'organe, après s'être légèrement élevé, reste fixé au milieu de l'ex-

cavation pelvienne, ce n'est plus lui qui s'infléchit, mais bien le col qui présente une courbure latérale ou antéro postérieure. Si alors le chirurgien, sans tenir compte de l'incommodité, du malaise ou des souffrances que peut éprouver la malade, persiste à réduire la totalité de la tumeur et à remonter le col assez haut dans le vagin, pour pouvoir placer au-dessous de lui un pessaire, il tasse l'utérus sur lui-même et l'oblige à former une anse dont le milieu ou la convexité est plus élevée que les deux extrémités. Aussi le plus souvent dans ce cas, les malades ne peuvent supporter que la tumeur soit réduite et encore moins maintenue à l'aide d'un pessaire. Si, en réduisant la tumeur, on vient à courber l'utérus sans s'en douter, et qu'on le sonde ensuite, on peut croire, l'instrument étant arrêté par l'angle de la flexion, que le col n'était pas véritablement allongé, mais seulement attiré en bas par le vagin et la vessie, et qu'il a suffi de faire rentrer la matrice pour lui rendre sa longueur normale. J'ai vu commettre cette erreur en ma présence; ce ne fut qu'après avoir introduit moi-même la sonde utérine et avoir fait toucher, à mon collègue, le corps de l'utérus rétro-fléchi qu'il admit l'accroissement véritable de la longueur de l'organe et sa flexion opérée dans les manœuvres de la réduction. Disons de suite que le plus ou le moins de facilité ou de difficulté que l'on éprouve pour réduire la tumeur ne tient pas en général, comme on l'a dit, à son ancienneté, à son volume, à l'irritation et à l'engorgement des parties prolapsées, mais plutôt au degré de fixité du corps de l'utérus aux organes pelviens ou aux parois du petit bassin.

Par la connaissance des changements et des signes que nous venons de passer en revue, il sera généralement facile de reconnaître l'allongement hypertrophique du col; mais on n'aura une notion précise de cette affection et des indications thérapeutiques qu'elle réclame qu'après avoir cathétérisé l'utérus, c'est-à-dire mesuré la hauteur et la largeur de l'organe à l'aide de l'hystéromètre. Avec cet instrument on reconnaîtra tout de suite, non-seulement les dimensions de l'organe, mais encore sa véritable direction; on reconnaîtra s'il est fléchi en avant, en arrière ou sur l'un des côtés, sans qu'aucune des nombreuses maladies dont il est souvent le siége puisse donner le change à cet égard; on saura de plus s'il a contracté des adhérences plus ou moins intimes avec les parties environnantes.

Lorsque l'utérus n'est atteint d'aucune inflexion, l'hystéromètre pénètre facilement et sans faire souffrir la malade à une hauteur de 10 à 12 centimètres, quelquefois plus. Le doigt introduit dans le rectum peut en suivre la tige jusqu'à son extrémité, au fond de l'utérus, si cette partie ne s'élève pas plus haut que la symphyse pelvienne. Si au contraire elle remonte jusque dans le grand bassin ou dans la cavité abdominale, et que le doigt ne soit pas assez long pour l'atteindre, en dirigeant l'extrémité de l'instrument vers la paroi antérieure de l'abdomen, la main gauche placée sur l'hypogastre ne tarde pas à la rencontrer et à la reconnaître, ainsi que le fond de l'utérus dont elle peut apprécier le volume et la situation.

Lorsque l'hystéromètre ne pénètre pas tout de suite dans l'organe à la profondeur que je viens de signaler, l'allongement hypertrophique du col avec la présence du corps dans le bassin est un fait si fréquent dans le prolapsus, qu'il faut se demander et rechercher tout d'abord si l'instrument n'est pas arrêté dans sa marche par une flexion du corps sur le col, par une adhérence plus ou moins étendue des parois de la cavité utérine, par un rétrécissement de l'orifice cervico-utérin, par l'un des culs-de-sac de l'arbre de vie, par un kyste folliculaire à parois très minces qui se serait rompu sous la pression de l'extrémité de l'instrument et dans la cavité duquel cette extrémité se serait engagée, par une division de la cavité utérine en deux cavités secondaires, une grande et une petite, dans laquelle l'instrument se serait introduit, comme dans l'observation de la nommée Vatrin, ou bien enfin parce qu'il existe une véritable chute complète de l'organe sans allongement hypertrophique (1).

Après avoir reconnu par la palpation, le toucher rectal et le cathétérisme vésical, la présence de la *tige centrale utérine formée par le col allongé*, et s'être bien convaincu que l'obstacle à la pénétration de l'instrument ne dépend pas d'une chute complète de l'utérus ayant ses dimensions normales, il ne reste plus qu'à rechercher auquel de ces obstacles on a affaire et à le surmonter.

Les flexions sont faciles à reconnaître et à franchir. Il suffit de diriger la concavité de l'instrument du côté correspondant au sens de la

(1) Je pourrais également rappeler ici les diverses tumeurs intra-utérines qui peuvent être un obstacle à l'introduction de l'instrument, mais ce sont là des complications exceptionnelles qui ne doivent pas rentrer dans ces considérations générales.

flexion et de faire éprouver à son extrémité vulvaire un mouvement de bascule en sens inverse. Si l'on pense qu'il a pu s'engager dans quelque dépression ou cavité latérale, il suffit de le ramener un peu vers soi, puis de le porter successivement dans les différents points de la cavité utérine. Touts ces mouvements que l'on imprime à l'instrument doivent être exécutés avec beaucoup de ménagements et de légèreté, de manière à ne froisser ou ne déchirer aucune partie de la muqueuse. Il ne faut pas non plus oublier que dans cette affection le tissu de l'utérus peut être plus ou moins ramolli, et que l'instrumeut pourrait pénétrer dans son épaisseur. Si après toutes les tentatives que nous venons d'indiquer on ne réussit pas, c'est qu'il existe un rétrécissement, soit à l'orifice supérieur du col, soit sur tout autre point, et que l'extrémité olivaire de l'hystéromètre ordinaire est trop volumineuse. Il faut alors le remplacer par un simple stylet de trousse ou mieux par une petite bougie. En tout cas, il ne faut pas s'opiniâtrer et fatiguer l'organe. J'ai souvent constaté que les manœuvres qui avaient échoué la veille m'avaient parfaitement réussi le lendemain, ce qui tient à ce que les parois utérines ou la muqueuse peuvent être plus ou moins tuméfiées, ou à ce que l'orifice utérin peut être plus ou moins resserré et contracté.

L'hystéromètre, à l'aide duquel on peut redresser l'utérus et le porter dans différentes directions, a encore l'avantage de nous indiquer le degré de mobilité ou de fixité de l'organe, de nous faire savoir s'il ne serait pas le siége de quelque tumeur qui, à elle seule, serait susceptible de s'opposer à l'emploi d'aucun moyen chirurgical.

On reconnaîtra qu'on a affaire à une chute complète de l'utérus et non à un allongement hypertrophique du col aux caractères suivants :

1° Par la palpation du pédicule de la tumeur, on sent que cette partie est véritablement creuse, qu'elle ne renferme rien à son centre.

2° Au-dessous de ce vide, par conséquent au-dessous de l'ouverture vulvaire, on perçoit au centre des parties prolapsées une tumeur ferme, élastique, qui présente les propriétés physiques du corps de l'utérus, et se continue sans interruption avec la portion sous-vaginale du col visible à l'extérieur.

3° Une sonde étant introduite dans la vessie et portée horizontalement sur la ligne médiane vers le rectum, est presque immédiatement sentie par le doigt introduit dans l'intestin, sans autre intermédiaire que les parois vésicale et rectale, parce qu'elle passe au-dessus du corps

de l'utérus. Si au contraire l'extrémité de la sonde, tout en restant sur la ligne médiane, est dirigée obliquement en bas et en arrière vers la paroi postérieure du vagin, comme pour transpercer cette paroi à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, elle est arrêtée par le corps de l'utérus et ne vient pas soulever la gaîne vaginale, soulèvement qu'elle opère et qui devient sensible au doigt et à l'œil, lorsqu'on dirige l'extrémité de l'instrument vers le bord antérieur du périnée sur la partie postérieure du pédicule, la sonde passant alors au-dessus du corps de la matrice.

4° Si le doigt introduit dans le rectum est porté en avant et en haut dans l'excavation pelvienne, il n'y rencontre ni la tige centrale formée par le corps de l'utérus, ni le corps de cet organe, mais un vide au-devant duquel il trouve la vessie. S'il est porté en avant et en bas, vers le bord inférieur du ligament sous-pubien, il passe par-dessus le corps de l'utérus, qu'il sent situé au-dessous du bassin, et vient soulever la paroi antérieure du vagin au niveau des plis du tubercule uréthral, sans autre intermédiaire que le prolongement vésical.

5° L'hystérométrie vient compléter ces données toutes physiques en faisant connaître la situation du fond de l'utérus, les dimensions de cet organe, et en permettant d'imprimer à son corps tous les changements de direction et de position que l'on désire, changements qui s'opèrent sous les yeux du praticien et sous la main qui palpe le pédicule de la tumeur. L'application de l'hystéromètre est ici d'autant plus importante que le tissu de l'utérus est assez souvent ramolli et que la palpation, même la plus exercée, pourrait méconnaître ou confondre le corps de cet organe avec les parties environnantes; si l'on craint que l'utérus soit ramolli, il faut procéder avec beaucoup de ménagements et se servir d'une sonde de gomme élastique.

6° A l'aide du toucher rectal, on sent qu'il part de chacun des angles de la matrice une corde qui se porte obliquement en haut et en dehors vers la marge du bassin. Cette corde est formée par la réunion des ligaments ronds, de l'ovaire et des trompes. Lorsqu'on pèse dessus ou lorsqu'on la pince entre les doigts, on cause sur les parties latérales du bas-ventre et aux aines une douleur plus ou moins vive. On ne rencontre pas cette corde dans l'allongement hypertrophique sans précipitation du corps de l'organe.

7° Dans la réduction et la contention, les choses ne se passent pas de

même dans les deux affections. Si l'on a affaire à une chute complète, au moment de faire franchir au corps de l'utérus l'anneau vulvaire, on éprouve une certaine difficulté, une certaine résistance ; une fois que la partie qui est la plus volumineuse a franchi l'ouverture de la vulve, les restes de l'organe et de la tumeur remontent d'eux-mêmes, échappent aux doigts, se portent dans le bassin comme s'ils étaient aspirés ou attirés, absolument comme dans la réduction de certaines hernies intestinales. On peut remonter l'utérus jusqu'à sa situation normale sans résistance, sans lui faire éprouver aucune courbure et sans causer à la malade aucune douleur ; elle se trouve au contraire soulagée. La matrice peut être maintenue à l'aide d'un pessaire élytroïde ou en bondon, sans déterminer de souffrances, et cet instrument peut être supporté. Dans la chute complète de l'utérus, au moment des règles, il arrive assez souvent que la malade ne puisse faire rentrer sa tumeur, tant à cause de l'excès de sensibilité que de la congestion dont les organes génitaux sont alors le siége, ce qui augmente le volume de la matrice et rétrécit l'anneau vulvaire. Pour faire rentrer sa tumeur, la malade est obligée d'attendre que la turgescence menstruelle soit tout à fait terminée (obs. XI).

Au contraire, dans l'allongement hypertrophique accompagné de la chute et du renversement complets du vagin, sans précipitation du corps de l'utérus, la réduction en tout temps, avant comme après les règles, est facile, se fait sans résistance de la part de l'ouverture vulvaire ; elle s'opère graduellement sans soubresaut ou échappement, comme sans douleur, jusqu'au moment où le museau de tanche est remonté jusqu'à l'extrémité inférieure du vagin ; mais, si l'on veut reporter cette partie de l'utérus plus haut, à sa position normale, le plus souvent on éprouve de la résistance ; on courbe l'utérus sur lui-même, on cause une douleur plus ou moins vive, ou l'on remonte le corps de la matrice dans la cavité abdominale où il est une cause de gêne, de malaise et même, consécutivement, de douleur insupportable.

Ainsi donc la réduction présente cette différence dans les deux maladies : dans la chute de la matrice, son premier temps peut être douloureux, difficile ou impossible ; son second temps est indolent et facile ; dans l'allongement hypertrophique, c'est l'inverse qui a lieu. Dans cette dernière affection les pessaires allongés, en bondon ou élytroïdes,

déterminent tout de suite de la douleur ou en amènent ultérieurement et ne peuvent, le plus souvent, être supportés, tandis que les pessaires plats et ovales qui ne refoulent pas, ne tassent pas l'utérus, peuvent être endurés utilement.

8° Enfin, on pourrait peut-être encore donner comme signe différentiel que dans la véritable chute de l'utérus sans allongement hypertrophique, la tumeur n'acquiert pas une longueur aussi considérable que celle qu'elle peut présenter dans cette dernière affection. Malheureusement je ne possède que deux exemples de chute complète sans hypertrophie longitudinale, et cela ne suffit pas pour établir un caractère pathologique différentiel. On conçoit cependant que quand l'utérus complétement prolapsé a conservé ses dimensions normales, il ne descend pas beaucoup au-dessous de la vulve, étant soustrait aux pressions abdominales, musculaires et viscérales. Il n'est plus alors sollicité à descendre que par son propre poids, qui n'est pas assez considérable pour n'être pas maintenu en équilibre par les ligaments utérins qui, dans ce cas, doivent être véritablement tendus, et par l'élasticité et la contractilité des parois vaginales.

Il nous a également semblé que les troubles physiologiques et fonctionnels étaient aussi plus intenses dans la précipitation que dans l'allongement, quel que soit le volume de la tumeur; mais c'est là une question dont la solution est réservée à l'avenir.

Lorsqu'il existe tout à la fois un allongement hypertrophique du col, une chute complète de l'utérus et une rétroflexion, la tumeur offre une forme et une disposition spéciales qui peuvent aider à la caractériser: elle présente de chaque côté un sillon très manifeste qui se porte obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, et la paroi postérieure du vagin est non-seulement complétement renversée, mais elle descend beaucoup plus bas que l'orifice externe du col (pl. XI, fig. 1).

Les maladies qui compliquent souvent celle qui nous occupe sont la métrite aiguë ou chronique avec ramollissement du tissu utérin, l'engorgement, l'exulcération, l'ulcération, l'état fongueux de la membrane muqueuse du col, la folliculite, les kystes folliculaires, l'hypersécrétion purulente, l'engorgement de la portion sous-vaginale du col, son oblitération. Dans deux cas, je l'ai vue compliquée de l'hypertrophie des follicules du col qui formaient vers la partie interne de l'orifice une

petite tumeur sessile du volume et de la forme d'un gros pois (1). Il n'est pas rare d'observer dans le corps de l'organe des polypes ou des tumeurs fibreuses en voie d'évolution. Le corps de la matrice peut être atteint de différentes déviations; la plus fréquente est la rétroflexion; les ovaires et les trompes sont assez souvent atteints de diverses affections. Le vagin est très fréquemment ulcéré, pour peu que la maladie soit ancienne, que la malade ne soit pas très propre et qu'elle se livre à des travaux pénibles qui sont des causes de froissement et d'inflammation de la tumeur. Les maladies de la vessie sont très fréquentes : nous les signalerons à l'occasion des caractères physiologico-pathologiques, ainsi que celles de la région anale.

Nous allons rapporter quelques faits et observations qui viennent à l'appui de la description anatomo-pathologique que nous venons de donner. Pour ne pas trop allonger ces observations, nous supprimerons beaucoup de détails qui ne nous paraissent pas importants.

OBSERVATION XI. — *Chute complète de l'utérus qui a commencé à s'opérer à l'âge de soixante et un ans, à la suite d'un violent effort. — Oblitération de l'orifice supérieur du col. Ulcération.* (Dessin de M. Guérineau, pl. III, fig. 2.)

Le 25 juillet 1843, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruneau, n° 1, la nommée Charl... Mar... Jul..., âgée de soixante-dix ans, artiste peintre.

Elle eut son premier et unique enfant à l'âge de vingt-six ans; l'accouchement fut facile et ses suites heureuses. Les règles, qui s'étaient établies sans souffrances, cessèrent à cinquante ans. Elle n'avait jamais eu aucune incommodité ni signe de descente, lorsque, dix à onze ans après la cessation des règles, elle fit un effort considérable et au-dessus de ses forces en tirant un seau d'eau d'un puits à poulie. Elle sentit de suite craquer quelque chose dans le bas-ventre; à l'instant même elle éprouva une vive douleur qui lui fit lâcher la corde. Elle fut obligée de s'asseoir; la douleur avait le caractère de coliques; elle dura près d'une heure. Elle ne se coucha pas pour cela, et le jour même la matrice apparut à l'entrée du vagin. Puis peu à peu elle est descendue davantage et est arrivée au point où elle est aujourd'hui. A deux époques différentes et que la malade ne peut préciser, elle dit qu'il est sorti par le col de la matrice du sang et du pus.

Depuis quatre mois que la matrice est entièrement sortie, elle ne rentre plus. C'est à peu près de la même époque que date une ulcération qui a succédé à l'arrachement d'une portion d'épiderme qui s'était en partie détachée sous forme d'écaille. Cette ulcération à fond rosé granuleux est peu profonde; elle est irrégulièrement ovalaire et courbée vers l'orifice du col. Elle a

(1) C'est une affection très peu connue. Je ne sache pas qu'elle ait encore été décrite; elle a au reste la plus grande analogie avec l'exdermoptosis folliculaire de la vulve, que j'ai décrite dans mon mémoire sur les maladies des appareils sécrétoires des organes génitaux de la femme. Elle ressemble beaucoup aussi aux tumeurs glanduleuses du voile du palais.

une longueur de 3 centimètres et une largeur de 2 centimètres. Elle est recouverte d'une couche peu épaisse de pus grisâtre et est douloureuse seulement au toucher. Elle siége sur la partie antérieure et inférieure de la tumeur, à droite de l'ouverture du col, qui est obliquement dirigée en avant et à gauche ; la commissure de ce côté est plus élevée que la droite. Cette ouverture du col a 1 centimètre d'étendue.

L'ensemble de la tumeur qui pend au-dessous de la vulve a la forme d'un ovoïde régulier sans aucune ride ; la couleur est à peu près la même que celle de la peau. Elle a 7 centimètres et demi de long sur 5 de large.

La paroi antérieure du vagin est presque complétement renversée; il n'en est pas de même de la paroi postérieure. En soulevant et en renversant en avant la tumeur, on voit qu'il existe entre la partie postérieure de son pédicule et la fourchette un cul-de-sac qui remonte à près de 3 centimètres de profondeur.

En palpant en tous sens le pédicule entre les doigts, on n'y sent aucune partie renflée et résistante que l'on puisse comparer au corps de l'utérus. A 1 centimètre environ au-dessous de la vulve, on perçoit, au centre de la tumeur, une substance molle, pâteuse, qui se continue avec le col utérin. Le toucher rectal donne la même sensation.

La vessie n'envoie qu'un petit prolongement dans la tumeur, le rectum n'en envoie pas.

Un stylet introduit dans l'orifice du col pénètre au plus à 2 centimètres et demi.

L'âge auquel la maladie s'est manifestée chez cette femme qui n'en avait jamais éprouvé aucune atteinte avant son accident; l'espèce de vide que l'on sentait dans le pédicule de la tumeur; la présence, au-dessous de ce vide, d'une substance pâteuse qui semblait se continuer avec le col utérin; l'impossibilité, à cause de l'oblitération de l'orifice supérieur du col, de cathétériser la cavité de l'utérus dans toute sa longueur et de reconnaître au juste la situation du fond de l'organe, ont dû me faire penser, bien que la tumeur ne fût pas très volumineuse, que cette femme était atteinte d'une chute complète avec un ramollissement et un léger degré d'atrophie du corps de la matrice. Ces deux dernières altérations sont en effet assez fréquentes chez les vieilles femmes, surtout lorsque la cavité du col est oblitérée. Il est vrai que j'ai omis de cathétériser la vessie pour m'assurer s'il n'existait pas sur la ligne médiane, entre elle et le rectum, un corps intermédiaire, comme on le trouve dans l'allongement et la chute du col; mais alors j'ignorais, avec les autres praticiens, la fréquence de cet allongement et l'extrême rareté de chute de l'utérus. Malgré l'expérience que j'ai acquise aujourd'hui sur ce sujet, je n'en continue pas moins à penser, à cause de tous les autres caractères que présentait la tumeur et l'époque de la vie à laquelle elle s'est manifestée, sans que la malade ait jamais eu d'affection utérine antérieure, qu'il s'agissait dans ce cas d'une chute complète.

La malade ne souffrait que lorsqu'elle restait longtemps debout ou se livrait à des efforts réitérés. La tumeur elle-même n'était douloureuse que lorsqu'elle avait été froissée pendant la marche. La miction et la défécation n'avaient éprouvé aucun trouble.

Sous l'influence du repos horizontal, de bains de siège émollients d'abord et ensuite astringents, l'ulcération se cicatrice promptement; la tumeur diminue de volume.

Le 14 septembre je la fis rentrer complétement sans douleur et avec facilité. Cette réduction s'opéra tout d'un coup, et je la maintins réduite avec un pessaire élytroïde qui fut très bien supporté. A cette époque le stylet ne pénétrait plus dans la cavité du col qu'à 2 centimètres. La malade sortit le 3 octobre dans un très bon état.

OBSERVATION. XII. — *Chute complète de l'utérus sans allongement et sans lésions, soit de cet organe, soit des parties environnantes.*

Bien que, dans ce travail, j'aie principalement en vue d'entretenir les praticiens de l'allongement hypertrophique de l'utérus et du traitement qu'il réclame, j'ai pensé qu'il serait utile de rapporter encore une observation de chute complète et essentielle, non-seulement parce que cette affection est très rare, mais parce que le fait particulier qui va suivre résume la plupart des caractères différentiels de la véritable chute et de la pseudo-chute ou allongement du col accompagné du renversement du vagin.

Tout récemment (4 octobre 1858) s'est présenté à ma consultation de l'hôpital Beaujon la nommée Chap... Mad..., âgée de cinquante ans, blanchisseuse, qui était entrée dans mon service le 9 octobre 1854 pour se faire soigner d'une chute incomplète de l'utérus et de divers accidents.

Cette femme rapporte qu'elle exerce la profession de blanchisseuse depuis l'âge de quinze ans; qu'elle fut réglée à quatorze ans sans accidents; les règles ont toujours été très régulières et abondantes, ont constamment duré sept à huit jours. Il y a deux jours elle les avait encore. Depuis le moment où la matrice a commencé à sortir, elle a perdu plus de sang à chaque époque menstruelle qu'auparavant.

Elle a eu cinq enfants; le premier à seize ans, le dernier à trente-huit ans. Tous ses accouchements se sont faits naturellement. Elle commit l'imprudence de se lever après chacun d'eux du cinquième au sixième jour, et de reprendre ses travaux fatiguants au bout de douze ou treize jours.

Il y a douze ans, six semaines après son dernier accouchement, elle éprouva de la pesanteur vers la partie et sur le périnée, des douleurs dans l'aine droite. Elle sentit, en introduisant le doigt dans la partie le col de la matrice vers l'entrée du vagin. Des douleurs se firent sentir sur le siége, et le col utérin commença à paraître dans l'ouverture vulvaire, puis de jour en jour le prolapsus devint plus manifeste. En 1854 elle eut une diarrhée chronique et une toux opiniâtre; ses douleurs devinrent beaucoup plus vives. Ce fut à ce moment qu'elle entra dans mon service. Elle était alors très amaigrie et son teint était jaune terreux.

Après avoir combattu pendant près de cinq mois la diarrhée et la toux, et placé à cette femme le pessaire de M. Hervez de Chigoin, je la renvoyai.

Elle reprit son travail. Les efforts de la toux, qui reparut, chassèrent le pessaire : la matrice sortit de nouveau.

Aujourd'hui, lorsque cet organe n'est pas maintenu dans le bassin à l'aide d'un chauffoir ou d'une pelote vulvo-périnéale fixée à une ceinture hypogastrique, il forme au-dessous de la vulve une tumeur qui a la forme et le volume d'un gros citron. Le vagin est complétement renversé; ses parois sont souples, douces et humides, ce qui tient à ce que la malade maintient la tumeur autant que possible réduite. Cette tumeur a une longueur de 9 centimètres en avant comme en arrière, et une largeur de 7 centimètres. Elle est d'un rouge assez intense, qui tranche nettement sur la teinte des parties voisines.

Le museau de tanche, qui est au sommet de la tumeur, offre l'aspect et le volume qu'il a habituellement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Il est d'un rouge un peu plus vif que celui du reste de la tumeur. Son orifice se présente sous la forme d'une fente qui a une longueur de 1 centimètre et demi.

Lorsque l'on palpe la tumeur, on sent que le pédicule est creux. Pincé d'avant en arrière entre les doigts, il est facile de reconnaître que l'on n'a saisi que les parois vaginales et un petit prolongement de la vessie. Si l'on serre ces parties avec une certaine force, on fait naître la sensation du besoin d'uriner sans cependant causer de douleur. Au-dessous de cette partie, à 2 centimètres de l'ouverture vulvaire, on reconnaît au centre de la masse un corps ferme et résistant, douloureux à la pression, qui présente tous les caractères de l'utérus, et qui se continue en bas avec la portion sous-vaginale du col. On a, au reste, de suite la certitude que ce corps n'est autre que l'utérus, il ne pénètre qu'à 6 centimètres et demi, et l'on perçoit le fond de l'utérus, ainsi que l'extrémité de l'instrument au-dessous du pédicule saisi entre les doigts.

Par le toucher rectal, il est également facile de reconnaître le fonds de l'utérus dans la tumeur et de suivre l'hystéromètre dans tout son parcours. Il y a plus, le doigt dirigé horizonalement en avant de la ligne médiane passe par-dessus le fond de l'utérus pour venir soulever la paroi antérieure du vagin. Ce fait me dispensa d'introduire une sonde dans la vessie. Les doigts sentent parfaitement qu'un prolongement de ce réservoir existe seul dans la partie antérieure de ce pédicule. La paroi du rectum fait dans la cavité péritonéo-vaginale une saillie de 2 centimètres environ.

Le corps de l'utérus a subi une légère rétroflexion qui se laisse facilement redresser; on ne sent pas les ovaires dans la cavité vagino-péritonéale, mais de chaque côté, partant des angles de l'utérus, on trouve une corde qui se dirige en dehors et en haut vers le détroit supérieur du bassin. Cette corde m'a paru évidemment formée par les ligaments de l'ovaire, les ligaments ronds et les trompes. Après la réduction de la tumeur, il ne m'a plus été possible de la retrouver. — La fourchette et le périnée n'ont subi aucune déchirure.

La vulve est très dilatée. C'est sans doute là une des raisons pour lesquelles tous les pessaires que la malade a essayés n'ont pu rester en place et maintenir la tumeur réduite, mais ils ne l'ont jamais fait souffrir.

Troubles physiologiques.— La malade sait parfaitement (car elle l'accuse d'elle-même) que le centre de la tumeur est plus sensible que la surface, que cette partie centrale est même quelquefois douloureuse, quand elle s'assied, par exemple, ou lorsque la tumeur est heurtée et fortement secouée dans un brusque mouvement. Quelques jours avant les règles et pendant leur durée, cette partie devient plus sensible, plus chaude et plus volumineuse. Si alors elle veut faire rentrer son prolapsus, ce qu'elle fait habituellement avec facilité, et sans souffrances, elle ne réussit que difficilement et avec des douleurs plus ou moins vives. Il arrive même par-

fois, si surtout elle a fatigué à cette époque, que ces douleurs soient assez intenses pour qu'elle ne puisse obtenir cette réduction, et elle est obligée pour l'opérer d'attendre que le mouvement menstruel soit complétement terminé. Les règles, qui durent encore, bien que la malade ait cinquante ans bien révolus, sont plus abondantes qu'à l'état normal. Elle n'a pas de flueurs blanches.

La miction est fréquente et en général facile. Seulement l'urine, en sortant du méat urinaire, au lieu de s'écouler en jet unique et régulier, s'éparpille en gerbe qui inonde la tumeur et les parties environnantes. La défécation s'exécute ordinairement sans difficulté. Mais lorsque la tumeur est sortie depuis quelques jours, qu'elle augmente de volume, la miction et la défécation sont difficiles et quelquefois impossibles, la première surtout. Pour exécuter cette fonction, la malade est obligée de peser sur la tumeur avec les mains. Pour faciliter l'évacuation des matières fécales, elle est dans la nécessité de ramener en haut et en avant la tumeur qui, dans la position accroupie, est rejetée en bas et en arrière contre l'ouverture anale qu'elle oblitère. Peut-être aussi que, par ce mouvement d'élévation et de bascule qu'elle fait éprouver à la tumeur, le corps de l'utérus vient-il exercer une pression sur la partie antérieure de l'extrémité inférieure du rectum et faciliter la sortie des matières. En tout cas, ce mouvement doit un peu redresser la courbure anormale que toute chute de l'utérus et renversement complet du vagin impriment au rectum.

Quand elle veut rester debout et travailler sans que la matrice soit réduite et maintenue, elle est sans force, puis bientôt elle éprouve un malaise dans le ventre, ensuite un sentiment de tiraillement qui part de la région épigastrique et ombilicale. Ce sentiment se convertit en une véritable douleur; une sueur froide couvre son visage et elle sent qu'elle va se trouver mal, si elle ne se hâte de se coucher et de remonter sa tumeur. Deux ou trois fois déjà elle a perdu complétement connaissance.

Je réduisis assez facilement la tumeur; cependant, je rencontrai quelque difficulté pour engager et faire passer dans l'ouverture vulvaire le corps de l'utérus. Mais, une fois que cette partie eut franchi l'entrée de la vulve, le reste de la matrice rentra spontanément, m'échappa des doigts pour se porter dans le bassin, à la manière d'une hernie intestinale que l'on réduit, et qui vous échappe, sitôt que la plus forte partie de l'intestin a franchi l'anneau. Il ne restait plus hors de la vulve que l'extrémité inférieure du vagin encore renversée et que la moindre pression remit à sa place. Je pus remonter très haut l'utérus, c'est-à-dire jusqu'à sa situation normale, sans faire éprouver à la malade aucun tiraillement, aucune douleur; elle éprouvait au contraire un bien-être sensible. Dans cet réduction très complète, l'utérus n'éprouva aucune déviation.

Observation XIII. — *Allongement hypertrophique et chute du col de l'utérus. — Extroversion de cette partie. — Renversement complet du vagin pris pour une chute complète de l'organe. — Réduction spontanée jusqu'au-dessus de l'entrée du vagin. — Nouvelle chute. — Réduction et tentative de contension avec un pessaire élytroïde qui ne peut être supporté. — Syphilide tuberculeuse, engorgements ganglionnaires multiples.* (Dessins de MM. Guérineau et Huet, pl. V, fig. 1, 2, 3.)

La première malade sur laquelle j'observai un allongement et une chute du col de l'utérus accompagnés d'un renversement complet du vagin fut la nommée Bre... Ros..., âgée de quarante ans, journalière, entrée à l'hôpital de Lourcine le 7 novembre 1843, pour se faire soigner d'une syphilide tuberculeuse. Cette femme, qui est lymphatique, d'une faible constitution, à peau blanche, chairs molles et cheveux roux, eut il y a dix-sept ans un accouchement très dif-

ficile qui nécessita la version. La fourchette fut déchirée. Les couches se passèrent bien ; cette malade se leva même le septième jour et reprit ses travaux le douzième. Quelques temps après elle s'aperçut qu'une grosseur venait se présenter vers l'ouverture de la partie. La grosseur devint peu à peu plus saillante. Mais comme elle ne lui causait que de la gène et un sentiment de pesanteur, elle ne consulta aucun médecin. Lorsque la malade était couchée, elle rentrait d'elle-même. Ce n'est guère que depuis deux mois, époque à laquelle il est survenu des boutons sur tout le corps, des tubercules muqueux et des engorgements ganglionnaires multiples aux aines, que la tumeur ne rentre plus tout à fait, qu'elle est devenue habituellement un peu douloureuse. Elle n'en est gravement incommodée que dans le cas de fatigue extrême. Aussi la malade dit-elle que, sans sa maladie syphilitique, elle ne serait pas entrée à l'hôpital. La miction n'est fréquente et gênée que vers la fin de la journée, lorsque, par la fatigue, la grosseur est devenue volumineuse.

Aujourd'hui le vagin est entièrement renversé. La matrice, qui paraît complétement précipitée entre les cuisses, se présente sous la forme d'une tumeur cylindrique légèrement rétrécie au niveau de l'insertion du vagin. La longueur totale de la tumeur est de 10 centimètres. La longueur, mesurée du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, est de 7 centimètres. La largeur varie suivant le point où on l'examine. Vers l'extrémité inférieure elle est de 62 millimètres ; au milieu, au niveau du rétrécissement, de 5 centimètres ; et à l'extrémité supérieure, au point correspondant au prolongement vésical, elle est de 58 millimètres. Ce qui rend l'extrémité inférieure de la tumeur plus large que le reste de la masse, c'est que la portion sous-vaginale du col est le siége d'un engorgement chronique d'une hypertrophie excentrique et d'un renversement de dehors en dedans et de bas en haut ; de sorte qu'une partie de la surface interne du col est devenue externe. Cette partie est d'un rouge violet et sensible à la pression. Le vagin est indolent et à peu près de la couleur de la peau.

Prescription. — Bains, tisane des quatre bois sudorifiques. Liqueur de Van-Swiéten, un quart de grain (1 centigramme) dans un julep gommeux. Repos au lit. Bain de siége, le soir.

Le 19, la tumeur est presque entièrement rentrée. Il ne reste plus au dehors de la vulve que la portion sous-vaginale du col qui fait une saillie d'un demi-centimètre environ. Cette partie est elle-même moins volumineuse, moins tendue et moins rouge que l'avant-veille. On y voit, surtout sur la lèvre postérieure plusieurs follicules muqueux irrités, enflammés, dont les orifices sont légèrement agrandis, ulcérés, et par lesquels s'écoulent des gouttelettes de pus et de muco-pus. Vers la partie postérieure gauche est une petite ulcération irrégulière qui a tout au plus 1 centimètre d'étendue (pl. V, fig. 2.)

Un gros stylet olivaire, introduit dans la cavité utérine, pénètre sans aucune difficulté à 10 centimètres et demi et joue facilement dans toute la cavité de l'organe (1).

Lors de la sortie de la malade, qui eut lieu le 30 décembre, la matrice était entièrement rentrée, mais à l'état de descente, c'est-à-dire que, quand la malade était debout ou faisait un léger effort, le col, et particulièrement la lèvre postérieure, venaient se montrer à l'ouverture de la vulve (pl. V, fig. 3.)

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, l'utérus tomba de nouveau et la syphilide reparut. Des tubercules muqueux se manifestèrent à l'anus et surtout à la vulve. Le corps se couvrit d'une syphilide tuberculeuse. La malade rentra à Lourcine, le 19 mars 1844, pour se faire soigner de cette affection.

Le prolapsus utérin offrait les mêmes caractères qu'à son premier séjour, seulement elle en

(1) Je n'avais pas encore inventé l'hystéromètre ; je me servais d'un stylet ou d'une sonde cannelée pour mesurer la longueur de la cavité de l'utérus.

souffrait un peu plus, ce qui tenait probablement à ce que ces tubercules muqueux s'étaient développés jusque sur le pellicule de la tumeur.

L'hystéromètre, porté dans la cavité utérine, remontait toujours à 10 centimètres et demi, et le doigt, introduit dans le rectum, sentait le fond de l'utérus et l'extrémité de l'instrument vers le milieu de la hauteur de la symphyse du pubis.

Cette fois, la tumeur ne rentre pas spontanément; le 5 avril elle était seulement diminuée de moitié dans le sens de la longueur. Il me fut cependant facile de la réduire; le soir même en faisant un léger effort de défécation, elle retomba.

Le 9, je réduis la tumeur, et je cherche à la maintenir avec un pessaire élytroïde. Pour placer cet instrument, il fallait rendre au vagin sa longueur et remonter le col jusqu'à sa position normale. La malade souffrit légèrement dans ces manœuvres; elle garda le lit; le soir, elle éprouvait un sentiment de malaise, de distension dans le bassin, bien que le pessaire ne fût pas volumineux et qu'il eût été introduit sans aucun effort.

Le lendemain matin, 10, la malade éprouva de la douleur derrière le pubis; le ventre était sensible à la pression. — Bains, cataplasme sur le ventre. Dans la journée la douleur augmente, la malade enlève le pessaire, le malaise et la douleur cessent.

Probablement ces légers accidents étaient dus, en raison de l'allongement de l'utérus, au refoulement de cet organe dans la cavité du grand bassin, à la distension des ligaments utérins et au tassement du col sur le corps; aussi je regrette aujourd'hui, en considérant que chez cette femme l'ouverture vulvaire n'était pas très élargie, que l'utérus pouvait être sans souffrance remonté jusqu'au-dessus de l'extrémité inférieure du vagin, de ne pas lui avoir placé un pessaire plat et ovalaire, comme je l'ai fait depuis utilement sur plusieurs femmes qui étaient dans les mêmes conditions.

OBSERVATION XIV. — *Allongement hypertrophique de l'utérus. — Chute du col. — Renversement complet du vagin pris pour une précipitation de la totalité de l'organe gestateur. — Mort par péritonite. — Erreur de diagnostic révélée par l'autopsie.* (Dessin de MM. Guérineau et Lakerbaüer, pl. IV, fig. 1 et 2.)

Le 24 mars 1846 entra à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 44, la nommée Foll... Mer... Clar..., âgée de quarante et un ans, journalière.

Cette femme, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint assez prononcé, fut réglée à dix-huit ans. Les premiers rapports sexuels eurent lieu à vingt et un. Elle devint enceinte peu de temps après. L'accouchement et ses suites furent heureux. Cette femme est si peu intelligente qu'on ne peut tirer d'elle aucun autre renseignement, si ce n'est que sa tumeur a commencé à paraître il y a deux ans. On ne peut donc constater que ce qui existe. On voit au-dessous de la vulve une tumeur rougeâtre, ovalaire, un peu pyriforme, dont la grosse extrémité est dirigée en bas, formée par l'utérus, qui paraît précipité hors de la vulve et recouvert par le vagin entièrement renversé, même la paroi postérieure, qui forme l'extrémité libre de la tumeur et descend à 4 centimètres plus bas que l'orifice vaginal du col.

La circonférence de cette tumeur est de 26 centimètres, sa largeur de 8 centimètres; sa longueur totale, mesurée du vestibule à son sommet, est de 12 centimètres; mais la paroi antérieure du vagin, mesurée du vestibule au bord antérieur de l'orifice du col, n'a qu'une longueur de 8 centimètres, tandis que la paroi postérieure, mesurée du bord postérieur de cette ouverture au bord antérieur du périnée, a une étendue de 12 centimètres.

Il résulte de cette disposition que le museau de tanche, au lieu d'être placé au sommet de la tumeur, est placé sur sa face antérieure à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. L'ouverture du col se présente sous la forme d'une fente transversale ondulée qui a 2 centimètres 1/2 d'étendue. Il s'en écoule un peu de muco-pus et quelques gouttelettes de sang.

Une sonde cannelée introduite dans la cavité utérine pénètre d'emblée, sans aucun obstacle, jusqu'à son pavillon, c'est-à-dire dans une longueur de 12 centimètres.

La muqueuse du vagin est d'un rouge vif, ce que la malade attribue au chemin qu'elle a fait à pied pour se rendre à l'hôpital. Elle présente quelques rides seulement à la partie supérieure; l'épithélium s'en détache dans plusieurs autres points sous forme de lamelles et d'écailles d'un blanc grisâtre assez épaisses. On remarque deux ulcérations superficielles arrondies, peu étendues : l'une, plus petite, située à la partie antérieure et supérieure droite de la tumeur; l'autre, de l'étendue d'une pièce de 1 franc environ, est située au-dessus du museau de tanche.

La consistance de la tumeur est assez molle dans sa circonférence, qui est formée par le vagin renversé; mais plus profondément on sent une partie dure, allongée, qui se continue avec le col utérin, et qui n'est autre que la matrice. Cependant, on ne sent pas le renflement que devrait former le corps de l'organe.

Si on frotte la surface de la tumeur avec les doigts ou un linge un peu rude, on voit se produire sur toute son étendue une sorte de froncement ou de mouvement vermiculaire dû à la contraction du tissu dartoïque qui tapisse la muqueuse vaginale.

Si l'on touche par l'anus, on reconnaît que la paroi antérieure du rectum, presque immédiatement au-dessus de l'ouverture anale, envoie un prolongement en cul-de-sac long de 5 centimètres dans la partie postérieure de la tumeur. Au-dessus de ce prolongement, au devant de l'intestin, je sentis un corps ovoïde, dur, bien limité, qui n'était autre que le corps de l'utérus, et dont j'eus le tort de ne pas établir alors la situation exacte et la situation relative au pubis et au museau de tanche. Certes, ce caractère, uni à celui du cathétérisme utérin, m'eût dessillé les yeux et montré que cette affection, que les auteurs et mes maîtres considéraient comme une chute complète de la matrice, et que je regardais moi-même comme une chute complète, n'était qu'un allongement et un prolapsus du col, ce que m'apprit quelques jours après l'autopsie de la malade.

Le méat urinaire se trouve situé profondément et immédiatement au-dessous de la symphyse du pubis dans un petit espace triangulaire qui reste vide entre l'extrémité supérieure de la tumeur et la commissure des nymphes; il est ainsi repoussé en haut par la masse sous-vulvaire. La sonde qu'on y introduit pénètre d'abord presque horizontalement d'avant en arrière, puis verticalement de haut en bas; elle est ensuite fortement déviée à droite.

Toute la tumeur est facilement réductible; mais aussitôt que la malade marche ou fait le moindre effort, elle tombe de nouveau. — Cette femme n'éprouve aucune douleur, excepté les jours de grande fatigue.

Les menstrues sont toujours très régulières; elles sont très abondantes; elles durent huit à neuf jours. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, elles étaient à peine terminées. — Il y a de la constipation; elle est obligée de faire des efforts assez considérables pour aller à la selle.

— La miction est en général facile; l'urine est lancée en avant et en haut; elle retombe en grande partie sur la tumeur, la baigne et l'irrite.

Il y a huit à neuf mois, un pessaire fut placé; la malade le garda pendant quatre mois. Peu à peu, il devint gênant, détermina des malaises, puis de la douleur, ce qui nécessita son extraction. Depuis ce moment elle a abandonné sa maladie à elle-même.

Un bain; — injections vaginales émollientes trois fois par jour; — repos; — quatre portions d'aliments.

Cette malade allait aussi bien que possible lorsque, les 29 et 30 mars, n'écoutant que son courage, et cédant à l'amour un peu exagéré des religieuses pour la propreté, elle se mit à nettoyer toutes les vitres de la salle Sainte-Marie, qui est une des plus vastes et des plus élevées de l'établissement. Après avoir passé deux jours à ce rude travail, presque constamment montée sur une échelle, sa tumeur s'irrita, s'enflamma, devint le siége d'une sorte d'érysipèle accompagné de fièvre.

Le 31 mars, dans la nuit, les symptômes d'une péritonite suraiguë se manifestèrent, et la mort eut lieu le 2 avril au matin, malgré le traitement antiphlogistique et révulsif le plus énergique.

Je fis, comme toujours, l'autopsie moi-même, désireux que j'étais d'ailleurs de me rendre compte de l'excès de longueur de la cavité utérine, et d'étudier avec soin les rapports des viscères abdominaux et pelviens avec la cavité péritonéo-vaginale, sur laquelle les auteurs nous ont dit tant de choses qui méritaient d'être confirmées.

Après avoir exploré les seins et reconnu qu'il existait dans la glande mammaire gauche un kyste de la grosseur d'une petite bille, renfermant un liquide roussâtre et filant, j'ouvris avec le plus grand soin l'abdomen, dont les parois étaient fortement tendues. Il s'en écoula aussitôt un liquide séro-purulent très abondant contenu dans le péritoine. Cette membrane était injectée dans toute son étendue; le grand épiploon, fortement injecté, n'avait contracté aucune adhérence. Tout le péritoine intestinal est injecté, rempli d'arborisations et couvert de flocons purulents.

La plus grande partie de l'intestin grêle est plongée dans le grand bassin; l'excavation pelvienne est remplie d'une sérosité citrine mêlée de pus.

Après avoir enlevé avec les plus grands ménagements la masse intestinale et suivi avec une scrupuleuse attention les rapports des parties, grande fut ma surprise en trouvant le corps de l'utérus dans sa position normale, peut-être même était-il un peu plus haut, car son fond arrivait jusqu'à 1 centimètre au-dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne (pl. IV, fig. 2). Je crus que quelqu'un avait réduit la tumeur dans les derniers instants de la vie de la malade, et j'écartai les cuisses du sujet pour m'en assurer; mais je la trouvai telle qu'elle était pendant l'existence. On ne voyait pas davantage cette large cavité vaginale, décrite par les auteurs, béante au fond du bassin et recevant, dans la base de l'infundibulum qu'elle forme, une partie des viscères pelvi-abdominaux.

Voici dans quel état étaient le péritoine et les organes contenus dans l'excavation pelvienne :

L'inflammation péritonéale était moins intense dans le petit bassin, sur l'utérus et sur la vessie, qui étaient blanchâtres et peu injectés, que partout ailleurs. Le cul-de-sac postérieur (vagino-rectal) a 13 centimètres de profondeur; il doit cet excès d'étendue à ce qu'il se continue dans le vagin renversé jusqu'à l'extrémité inférieure de la tumeur sous-vulvaire. On peut le suivre jusqu'à 1 centimètre 1/2 du bord postérieur de l'orifice du col. Le prolongement du cul-de-sac postérieur dans le vagin forme une cavité digitale qui communique avec le

fond de la cavité pelvienne par une ouverture froncée, ovalaire, située entre le rectum et l'utérus, au-dessous du point de réunion du col avec le corps de cet organe. Son diamètre transversal est de 3 centimètres 1/4 ; le diamètre antéro-postérieur de 2 centimètres.

Utérus. Longueur de tout l'organe, 13 centimètres.

Longueur de la cavité utérine, 11 centimètres 1/2.

C'est un peu moins que pendant la vie de la malade. Au reste, la totalité de la tumeur sous-vulvaire était un peu moins considérable par suite du retrait des parties.

Diamètre transversal au niveau des ligaments ronds, 5 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur, 2 centimètres 1/2.

Diamètre transversal à l'union du col avec le corps, 2 centimètres.

La courbure de la face inférieure du museau de tanche se continue avec celle du vagin, sans relief.

Le tissu utérin est sain ; il a conservé toute sa densité.

Les ovaires sont enflammés, tuméfiés, ramollis, suppurés.

Les trompes sont saines et sont, avec les ovaires, situées dans l'excavation du bassin.

La fin de l'S iliaque et le commencement du rectum, qui remplissent la partie postérieure de cette excavation, adhèrent à l'extrémité externe de la trompe gauche. Sous cette trompe, dans l'épaisseur du ligament large, on trouve un kyste séreux, transparent, du volume et de la forme d'une petite noix.

Les ligaments ronds sont restés aussi lâches qu'à l'état normal; ils n'ont subi aucune distension. La portion inférieure du feuillet postérieur du ligament large est seule tiraillée et entraînée dans la cavité vagino-péritonéale. La vessie envoie dans la partie antérieure de la tumeur un prolongement de 5 centimètres 1/2. — Du sommet de ce prolongement au bord antérieur du col, il y a 2 centimètres 1/2. Le reste de la vessie est dans le bassin et placé, comme dans l'état sain, entre le pubis et le corps de l'utérus.

Le rectum, immédiatement au-dessus de l'anus, envoie, aux dépens de sa paroi antérieure, un prolongement en cul-de-sac qui a près de 4 centimètres d'étendue. L'ouverture de ce prolongement dans l'intestin est placée si près de l'anus que, si l'on n'y fait attention, le doigt passe par-dessus et ne s'aperçoit pas de son existence. — Le diamètre antéro-postérieur du périnée n'a que 2 centimètres.

Observation XV. — *Allongement hypertrophique considérable de l'utérus. — 24 centimètres de longueur. — Deux petits polypes cellulo-vasculaires dans la cavité du corps de l'organe qui flottait dans la cavité pelvi-abdominale.* (Dessin du docteur Chaussat, pl. V, fig. 9.)

En février 1847, je trouvai sur le cadavre d'une femme de la Salpêtrière, transporté aux amphithéâtres de Clamart, le col utérin saillant hors de la vulve, et le vagin en partie renversé.

Cette femme, d'un embonpoint très prononcé et d'une constitution robuste, pouvait avoir soixante-quinze à soixante-seize ans. Elle avait succombé à une double pleurésie avec épanchement séro-purulent.

L'abdomen étant ouvert, nous trouvâmes l'utérus flottant au milieu des intestins grêles et remontant jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral, à 4 centimètres environ au-dessous de l'ombilic; partout il était libre d'adhérences. Il était souple, mou, et comme semi-fluctuant à la pression. Il était glissant et fuyait au-devant des doigts qui cherchaient à le saisir, sans cependant se déplacer très loin dans le même sens.

La direction du col était curviligne, à concavité antérieure. Le col et le corps ensemble forment un demi-cercle; les ligaments ronds, légèrement tendus, n'avaient pas permis au corps de la matrice de remonter plus haut. L'organe était spontanément disposé chez cette femme comme il le devient sur quelques malades où l'on réduit de force l'utérus allongé, lorsque l'on a remonté le col à sa situation habituelle.

Le cul-de-sac antérieur du péritoine est peu marqué, ce qui tient à la grande distension de la vessie, qui a un volume plus considérable que celui de la tête d'un enfant à terme. C'est probablement cette forte distension de la vessie qui a courbé l'utérus en avant et réduit, en se portant en haut et en arrière, la plus grande partie du col prolapsé. L'utérus, très long et très flexible, s'est en quelque sorte moulé sur les faces postérieure et inférieure du réservoir urinaire.

Le cul-de-sac postérieur est au contraire extrêmement profond; il est rempli par du liquide citrin et une partie des intestins grêles.

Les ligaments larges, leurs ailerons, les trompes, les ovaires, sont sains et sans aucune adhérence, à droite comme à gauche. Les ovaires ont un volume assez considérable pour une femme de cet âge : ils ont 2 centimètres de longueur sur 4 centimètres de hauteur.

Les organes sexuels, enlevés de dedans le bassin et étendus sur une table, nous ont offert les caractères suivants : l'utérus, de la lèvre antérieure du col au fond de l'organe, a 24 centimètres; l'organe, dans sa totalité, est presque cylindrique, mais un peu aplati d'avant en arrière. Il ne présente pas, comme d'habitude, un rétrécissement vers l'union du col avec le corps, de sorte qu'il est très difficile d'assigner une limite à ces deux parties.

Le diamètre transversal, dans toute la longueur de l'organe, présente 1 centimètre 1/2 environ de plus qu'à l'état normal.

La cavité utérine a 22 centimètres 1/2 de longueur.

Les diamètres antéro-postérieur et transversal sont aussi plus considérables, grâce à une atrophie des couches internes du tissu propre de l'utérus. — L'atrophie porte principalement sur les parties moyennes de l'utérus et un peu sur le fond. La portion vaginale a presque conservé son épaisseur; ce tissu est ramolli et très vasculaire.

La cavité du corps renferme deux petits polypes cellulo-vasculaires et muqueux adhérents par un pédicule à la face postérieure de la paroi antérieure de l'organe.

Le vagin, très large, ne présente de rides que vers son extrémité inférieure.

Trois petites brides cicatricielles et blanchâtres s'élèvent du cul-de-sac postérieur pour aller se perdre sur la lèvre postérieure de l'orifice du col.

Tous les autres viscères pelviens et abdominaux étaient parfaitement sains, ainsi que les os mêmes du bassin.

OBSERVATION XVI. — *Allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale du col; prolapsus de cette partie. — Chute et renversement complet du vagin. — Absence congénitale des annexes utérines gauches. — Division de la cavité utérine en deux parties latérales par une cloison. — Mort par péritonite.* (Dessin de M. Lackerbaüer, pl. VI, fig. 1, 2.)

Vat... Mac..., âgée de soixante-cinq ans, ouvrière, entre le 3 février 1857 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, 390.

Réglée pour la première fois à seize ans, facilement et toujours bien jusqu'à l'âge de quarante-trois ans. Elle dit qu'elle fut atteinte d'attaques de nerfs dans sa jeunesse. Elle fut mariée

à vingt ans; elle eut d'abord dans un laps de temps très peu considérable trois grossesses et accouchements heureux. La quatrième grossesse eut lieu à vingt-sept ans; elle fut pénible par suite de nombreuses contrariétés et d'un long voyage dans une voiture non suspendue. Accouchement à sept mois; l'enfant était mort depuis plusieurs jours. A la suite de cette couche, elle fut malade pendant sept mois; elle eut des douleurs dans le ventre et de la fièvre, qui la forcèrent de garder le lit. Après son rétablissement, elle eut des douleurs dans les reins à la moindre fatigue. A trente ans, cinquième grossesse. A deux mois environ de gestation, pendant que Vat... était occupée à couper du blé, elle sent que la matrice lui sort par la partie : la grosseur avait à peu près le volume de la moitié d'un œuf. Elle cesse son travail, se couche; tout rentre, et la grossesse continue son cours jusqu'à terme.

Dans les années suivantes, la matrice tombe de temps en temps. La malade eut encore quatre grossesses heureuses; seulement, après la dernière couche, qui eut lieu à quarante-deux ans, cette femme fut très malade; elle garda le lit pendant huit mois. Les principaux accidents qu'elle éprouva furent la perte de l'appétit, des vomissements, une constipation opiniâtre, des insomnies; les règles cessèrent alors.

Il y a quinze ans environ que la matrice est sortie; mais la tumeur était bien moins volumineuse qu'elle n'est aujourd'hui. La malade la soutenait avec un mouchoir.

Etat actuel. — Une tumeur du volume d'un très gros œuf de dinde, à peu près cylindrique, pend au-dessous de la vulve, entre les cuisses. Du méat urinaire à son sommet, elle a une longueur de 12 centimètres; du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col de l'utérus, 10 centimètres. — La largeur, vers le milieu de la longueur, est de 8 centimètres 1/2.

L'ouverture du col, au lieu d'être sur la ligne médiane, est située et dirigée en avant et à droite (pl. VI, fig. 1); elle remonte un peu plus haut dans ce sens qu'à gauche. Plus bas, nous ferons connaître la disposition anatomique qui explique cette déviation de l'orifice du col à droite. — Cet orifice forme une fente semi-lunaire à concavité supérieure. — Cette fente a 1 centimètre 1/2 d'étendue transversalement et un 1/2 centimètre d'avant en arrière. Son bord antérieur est épais, arrondi, très distinct. Il n'en est pas de même du bord postérieur, qui se confond insensiblement avec le sommet de la tumeur qui descend plus bas que cet orifice. On observe sur ce sommet une large ulcération qui se prolonge en avant et sur le côté gauche de la tumeur. Cette ulcération, qui est presque régulièrement circulaire, a 5 centimètres de diamètre; elle est divisée en deux parties : l'une, droite et ovalaire, qui est polie, luisante, plus profonde, et d'un gris légèrement rosé ; l'autre, gauche, plus élevée, granuleuse, aréolaire, en forme de demi-lune, dont la concavité embrasse la partie postérieure gauche de la précédente. L'épiderme seul paraît détruit sur cette seconde moitié de l'ulcération, qui est d'un rouge vif. — Cet ulcère existe depuis quatre mois et est le siége de douleurs vives lorsque la malade urine, marche ou fait des efforts.

Le vagin est complétement renversé dans toute sa longueur. En avant, on voit l'extrémité inférieure de ce conduit, devenue supérieure, se confondre insensiblement avec les plis transversaux du tubercule vaginal antérieur immédiatement au-dessous du méat urinaire. — Sur les côtés, les parois du vagin se confondent avec la base de la face interne des nymphes. — En arrière, la paroi postérieure du conduit n'est séparée du bord antérieur du périnée que par une rainure semi-circulaire qui a tout au plus un 1/2 centimètre de profondeur.

Dans l'épaisseur de la partie antérieure de la tumeur, la vessie envoie un prolongement qui a 8 centimètres d'étendue et dont le fond est à 2 centimètres de l'orifice du col utérin.

L'urèthre, après s'être dirigé presque horizontalement en arrière dans une étendue d'un centimètre, se porte tout de suite presque directement en bas.

La partie inférieure de la paroi antérieure du rectum envoie dans l'épaisseur de la partie postérieure de la tumeur un prolongement de 5 centimètres d'étendue. Rien n'est plus facile à reconnaître que ce prolongement par l'introduction du doigt dans le rectum.

Le périnée, quoique refoulé en arrière par la tumeur, conserve encore un diamètre antéro-postérieur de 2 centimètres 1/2.

Le cathétérisme rencontre quelques difficultés; l'hystéromètre ne pénètre d'abord qu'à 7 centimètres, bien qu'il y ait encore une portion considérable de l'utérus au-dessus de lui. Après l'avoir légèrement retiré, puis porté l'extrémité de l'instrument dans diverses directions, il pénètre à une profondeur de 12 centimètres 1/2.

M. Verneuil est présent à cet examen et constate avec nous l'allongement hypertrophique de l'organe, ainsi que la présence du corps de l'utérus dans le bassin, à la hauteur à peu près normale.

La malade porte de plus une hernie inguinale gauche; elle s'est formée il y a douze ans en faisant un effort.

Les troubles fonctionnels sont : des douleurs lombaires et inguinales pendant la marche, des tiraillements à l'épigastre, une constipation habituelle et de grandes difficultés dans l'évacuation des matières alvines; — fréquents besoins d'uriner, douleurs dans la miction; — céphalalgie frontale très fréquente.

Prescription. — Un bain; réduction de la tumeur (cette réduction est facile); injections émollientes. — Deux portions d'aliments.

Le 7 février au matin, douleurs dans le bas-ventre, fièvre légère. — Lavement avec amidon et laudanum; cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le soir, ces symptômes ont pris plus d'intensité; douleurs abdominales assez intenses, augmentées par la palpation; quelques vomissements jaunâtres; langue sale; fièvre, pouls petit, fréquent et serré. — Vingt-cinq sangsues sur l'abdomen, qui est cependant peu tendu et assez souple.

Le 8, continuation des accidents; ventre plus développé que la veille, mais moins douloureux; — vomissements moins fréquents; — fièvre moins forte. — Cataplasmes laudanisés sur le ventre et sinapismes aux cuisses. — Pour tisane, limonade.

Le 9, même état; même traitement, plus deux verres d'eau de Sedlitz : trois évacuations.

Le 10, ventre un peu plus douloureux, face grippée. — Vingt sangsues sur l'abdomen.

Le 11, langue blanche, commençant à se sécher; ventre tendu et très douloureux au toucher; face grippée et pâle; yeux excavés; pouls à 90; la tumeur, qui pend entre les cuisses, a beaucoup augmenté de volume par suite de l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux. Elle est d'un rouge assez intense. — Onctions avec l'onguent napolitain; grand cataplasme sur le ventre; cataplasmes sinapisés aux jambes. — Le soir, les vomissements recommencent; pouls très petit et fréquent; respiration gênée; ventre très tendu.

Le 12, mort à dix heures du matin.

Autopsie. — Péritonite presque générale, mais principalement manifestée dans le petit bassin, où s'est accumulé un verre de pus environ, et où des adhérences se sont établies entre les différents viscères par des fausses membranes purulentes.

Le tissu de l'utérus est sain et d'un gris légèrement bleuâtre. L'ensemble de l'utérus est considérablement allongé; sa longueur totale, mesurée de la lèvre postérieure du col au fond de l'organe, à l'extérieur, est de 15 centimètres 1/2. — Le corps, au niveau de l'insertion des trompes, a 5 centimètres de largeur; l'épaisseur est de 2 centimètres 2 millimètres. Le corps de la matrice n'est pas exactement sur la ligne médiane; il est un peu transporté à droite, bien

que légèrement incliné ou penché à gauche ; son bord supérieur, au lieu d'être horizontal, est légèrement incliné à gauche.

Les bords latéraux n'ont pas la même disposition. Le bord latéral droit offre la forme normale et donne insertion à la trompe, au ligament large, au ligament de l'ovaire et au ligament rond, qui est un peu hypertrophié. L'ovaire correspondant a 4 centimètres de longueur et 1 centimètre 1/2 de hauteur.

Le bord latéral gauche, qui est un peu incliné en bas, vers le côté gauche de la marge du bassin, ne présente ni renflement, ni échancrure ; il est presque droit de haut en bas, et régulièrement arrondi d'avant en arrière. En haut, il se continue en pente douce avec l'extrémité gauche du bord supérieur de l'organe ; il ne présente aucune interruption ou inégalité pour le passage et l'insertion des ligaments et de la trompe. Dans toute son étendue, il est lisse, poli, luisant, recouvert par le péritoine, qui de la face antérieure de l'utérus passe sur la face postérieure de cet organe en tapissant ce bord.

La trompe, le ligament de l'ovaire et l'ovaire lui-même, les ligaments large et rond manquent entièrement de ce côté; rien n'annonce qu'ils aient jamais existé : on n'en trouve aucun vestige.

L'extrémité inférieure de l'utérus, ou la portion sous-vaginale, est plus large qu'à l'état normal ; elle offre 4 centimètres d'étendue aussi bien transversalement que d'avant en arrière.

Le fond de la matrice est placé dans le bassin à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la symphyse du pubis.

La vessie est considérablement agrandie ; elle est divisée en deux parties : une plus petite et inférieure, qui accompagne la portion prolapsée de l'utérus ; l'autre, beaucoup plus étendue, qui est restée dans le bassin, derrière le pubis.

Le cul-de-sac antérieur du péritoine (utéro-vésical) a 8 centimètres d'étendue.

Le cul-de-sac postérieur (utéro-rectal) est très profond ; il a 16 centimètres 1/2 d'étendue. Comme les ligaments n'existent pas à gauche, il se porte dans ce sens et tapisse tout le côté gauche de l'utérus et du vagin, en descendant jusqu'au sommet de la tumeur extra-vulvaire, sous l'ulcération. L'extrémité supérieure du feuillet postérieur de ce cul-de-sac forme en arrière une large bride qui descend verticalement dans la cavité du vagin renversé. Cette bride entraîne vers la base de cette cavité la partie supérieure du rectum en courbant fortement cet intestin de haut en bas et d'arrière en avant, de sorte que l'ouverture de cette cavité péritonéo-vaginale est remplie d'avant en arrière par la vessie, l'utérus et le rectum, fléchi en arc de cercle.

Après avoir fendu l'utérus sur son bord droit dans presque toute sa longueur, nous vîmes que sa cavité était divisée en deux parties par une cloison verticale très mince et transparente, qui se porte de la paroi antérieure à la paroi postérieure. Cette cloison commence dans le col de l'utérus, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice vaginal du col, et se termine, après un trajet de 6 centimètres, sur le bord gauche de la cavité, à 5 centimètres 1/2 environ au-dessous du fond de l'organe.

Cette cloison, qui a à peine un 1/2 millimètre d'épaisseur, est formée par une plicature de la membrane muqueuse. On y trouve çà et là quelques fibres musculaires. Elle présente, vers le milieu de sa hauteur, une petite ouverture ovalaire qui fait communiquer entre elles les deux cavités. En définitive, elle divise la cavité utérine en deux sous-cavités : une droite, très large et très longue, qui occupe presque la totalité de l'organe ; — l'autre gauche, très étroite et très courte. C'est dans cette dernière que l'hystéromètre avait d'abord pénétré.

Lorsqu'on sonde l'utérus sur ce sujet, si l'on introduit l'instrument en portant sa concavité

et son extrémité du côté gauche, ou en avant et à gauche, on arrive tout de suite dans la petite cavité et l'on pénètre à une profondeur de 7 centimètres 1/2 seulement. Si, au contraire, on dirige les mêmes parties de l'instrument à droite, on pénètre d'emblée et sans aucun obstacle dans la grande cavité à une profondeur de 14 centimètres passés.

Il me paraît évident que la petite cavité répond à la corne gauche de l'utérus, arrêtée dans son évolution par suite de l'absence congénitale de l'ovaire gauche.

C'est aussi à l'absence du ligament large et du ligament utéro-lombaire gauche qu'il faut attribuer la plus grande saillie que formait hors de la vulve le côté gauche du vagin et la déviation de l'orifice du col de l'utérus à droite. Je ne parle pas de l'absence du ligament rond gauche comme ayant favorisé la descente de l'utérus et du vagin dans ce sens, car j'ai constaté maintes fois que les ligaments ronds n'apportent jamais obstacle à la descente de la matrice, et que sur ce sujet le ligament rond du côté droit n'était nullement tendu.

La malade offrait encore d'autres vices de conformation du côté gauche; ainsi, la capsule surrénale de ce côté manquait, et le rein correspondant, au lieu d'être placé sur le côté de la colonne dorso-lombaire, occupait la partie supérieure de l'excavation pelvienne au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Il a une forme singulière; il est bilobé et aplati en sens inverse de l'aplatissement ordinaire. Le hile occupe le milieu de la face postérieure : de là part l'uretère, qui est placé un peu en avant. Son artère naît de l'aorte, immédiatement au-dessus de la bifurcation. — Le rein et la capsule surrénale du côté droit sont à l'état normal.

Bien que cette femme n'ait jamais eu qu'un seul ovaire, elle a procréé neuf enfants de sexes différents. Les règles ont commencé assez tard et fini de bonne heure.

Observation XVII. — *Allongement hypertrophique. — Chute du col de l'utérus. — Renversement du vagin simulant une chute complète de l'organe. — Réduction. — Contention avec un pessaire ovalaire.* (Dessin de M. Lackerbaüer, pl. VIII, fig. 2.)

Le 8 juin 1847, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 57, la nommée Fres... Ann... Jos..., âgée de cinquante-huit ans, blanchisseuse. — Cette femme, quoique d'un tempérament lymphatique, est d'une forte constitution, et a toujours joui d'une bonne santé. Elle ignore l'époque de la première apparition de ses règles. Mariée à vingt ans, elle eut successivement six enfants dans l'espace de quinze ans. Tous ses accouchements furent heureux. Elle prétend que c'est seulement depuis un an qu'elle est atteinte de l'affection qui nous occupe.

D'après la malade, la chute de la matrice serait survenue tout à coup après avoir soutenu, les bras élevés, un paquet de linge très pesant. Elle ressentit à l'instant même de vives douleurs dans les reins et les aines.

État actuel. — On constate que le col de l'utérus et le vagin complétement renversé forment au-dessous de la vulve une tumeur régulièrement ovalaire, d'une teinte rosée, lisse, polie, sans plicature, d'une consistance souple et douce à la circonférence, ferme et résistante au centre. Son extrémité inférieure est formée par le museau de tanche dont les lèvres sont effacées. L'orifice du col qui forme une fente transversale a 1 centimètre d'étendue. Toute cette partie du col a conservé ses dimensions normales. La palpation fait reconnaître qu'elle se continue avec la portion centrale, résistante et cylindrique de la tumeur.

Le vagin est complétement renversé. Si, au premier abord, la paroi postérieure paraît l'être moins que la paroi antérieure, cela tient à la position horizontale de la malade. Il suffit pour s'en convaincre de relever la tumeur vers le pubis, et l'on voit que la partie postérieure du pédicule n'est séparée du bord antérieur du périnée et de la fourchette que par un sillon demi-

circulaire qui a au plus sur la ligne médiane, c'est-à-dire à sa partie la plus profonde, 1 centimètre et demi, juste la hauteur de la commissure postérieure de la vulve unie au bord antérieur du périnée.

Les parois vaginales sont un peu épaissies et indurées, surtout en arrière où elles sont souvent en contact avec les matières fécales qui les irritent.

La partie antérieure et supérieure de la tumeur contient un prolongement de la vessie qui a 5 centimètres et demi d'étendue. Pour y pénétrer facilement, après avoir porté un peu la sonde en arrière, il faut la diriger directement en bas. Une fois introduite et abandonnée à elle-même, elle reste dans cette direction, soulève, comme on peut le voir dans le dessin, la paroi antérieure du vagin.

Cette tumeur, du méat urinaire au bord postérieur de l'ouverture du col, a 10 centimètres de longueur; sa largeur, à l'union de son tiers moyen avec son tiers supérieur, est de 5 centimètres et demi.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine pénètre à 11 centimètres, ce qui, avec 1 centimètre au moins pour l'épaisseur de la paroi utérine, donne un organe qui dans son ensemble a 12 centimètres de longueur.

Le doigt introduit dans le rectum sent le fond de l'utérus, et l'extrémité de la tige de l'hystéromètre derrière la symphyse du pubis, à peu près vers le milieu de la hauteur de cette articulation. Le rectum n'envoie pas de prolongement dans la tumeur.

Depuis cinq mois, la tumeur ne rentre plus. Les menstrues continuent à être régulières. Les douleurs vives, que dans le principe la malade a eues dans les reins et dans les aines, ont peu à peu disparu; elles sont remplacées par un sentiment habituel de poids, de gêne et d'embarras dans certains mouvements. Assez souvent, surtout après la miction et la défécation, la tumeur est le siége de démangeaisons, de cuissons et de chaleur désagréable qui se passent après un quart d'heure ou vingt minutes.

Un bain. Décubitus, le bassin élevé sur un coussin.

Trois portions d'aliments.

Le 9, je réduis la tumeur. Cette réduction se fait facilement et sans aucune douleur, pourvu que je ne cherche pas à remonter le col de l'utérus plus haut qu'à 3 centimètres au-dessus de l'ouverture vulvaire. Si l'on veut remonter l'organe à sa position normale, la malade se plaint d'éprouver un sentiment de tiraillement, de la douleur dans les aines et vers la base du sacrum. Je n'insiste pas pour obtenir une réduction plus complète, et je maintiens le col de l'utérus et cet organe à 3 centimètres au-dessus de l'ouverture de la vulve, à l'aide d'un pessaire plat, peu épais et ovalaire, dont les extrémités prennent leur point d'appui sur les parties latérales du vagin et du plancher de l'excavation pelvienne.

Ce pessaire maintint parfaitement l'utérus et fut supporté sans gêner les fonctions vésico-rectales. La malade garda le lit pendant trois jours. Au bout de ce temps, comme elle se trouvait bien, elle demanda sa sortie qui lui fut accordée le 15 juin, après nous être assuré que la position verticale et la marche ne déterminaient ni le déplacement ni la chute du pessaire.

Observation XVIII. — *Cystocèle considérable. — Renversement complet du vagin. — Allongement hypertrophique et chute du col de l'utérus simulant une précipitation de la matrice. — Ulcération du museau de tanche.* (Dessin de M. Lackerbaüer, pl. VIII, fig. 1.)

Le 4 avril 1853 entra à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 382, la nommée Mor..., Marg..., Col..., âgée de trente-six ans, exerçant la profession de nourrisseur. Cette femme,

qui est d'une forte constitution, fut réglée pour la première fois à quinze ans. Les menstrues ont toujours été et sont encore régulières; elles durent de quatre à cinq jours. Elle n'a jamais été malade au point de garder le lit.

Mariée à vingt et un ans, elle eut en peu de temps, dans l'espace de six ans, trois enfants. Ses accouchements furent heureux. Après son deuxième accouchement, elle se leva le cinquième jour de ses couches, s'occupa du ménage, et reprit ses travaux dès le septième ou huitième jour.

Peu de temps après, elle s'aperçut, lorsqu'elle était debout, que quelque chose de gros et de mou venait se montrer à la partie antérieure de la vulve; que cette grosseur augmentait lorsqu'elle faisait des efforts, mais surtout lorsqu'elle n'avait pas uriné depuis longtemps. Du reste, elle n'en souffrait pas.

Après son dernier accouchement qui eut lieu il y a trois ans, la tumeur devint en très peu de temps beaucoup plus volumineuse. Un jour que la malade faisait un effort pour soulever une botte d'herbe, elle éprouva un tiraillement dans les reins; elle sentit sa tumeur augmenter; elle y porta la main, et reconnut qu'elle contenait quelque chose de dur percé d'un trou, et que jusqu'à ce moment elle n'avait jamais senti dans sa tumeur.

Cinq mois après, une plaie s'étant développée autour du trou (ce sont ses expressions), elle en fut effrayée, et suivant le conseil d'une de ses amies, elle se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Vagin complétement renversé, d'une teinte rosée, n'offrant plus aucun pli, si ce n'est en avant et tout à fait en haut, dans un petit espace triangulaire situé au-dessous du vestibule et du méat urinaire; ce sont les plis du tubercule antérieur du vagin. Le méat urinaire est enfoncé, non visible; pour le découvrir, il faut déprimer en bas et en arrière les plis susmentionnés.

La tumeur est presque entièrement sphérique; son diamètre vertical, mesuré du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, est de 10 centimètres; le diamètre transversal est de 9 centimètres 8 millimètres. Une sonde, portée presque directement de haut en bas dans la vessie, montre que cet organe descend non loin du sommet de la tumeur; le bout de la sonde s'arrête à 1 centimètre et demi du bord antérieur du col.

La sonde étant inclinée à droite ou à gauche, son extrémité flotte facilement dans la cavité vésicale, et vient soulever les parties les plus excentriques des faces latérales de la tumeur dont l'étendue considérable, dans le sens transversal, dépend de la portion de vessie herniée. L'œil, au reste, distingue facilement sur cette tumeur ce qui appartient à la vessie.

Le col de l'utérus, qui est situé au sommet de la tumeur, est engorgé; son orifice se présente sous la forme d'une fente transversale qui a 3 centimètres et demi d'étendue. Tout le pourtour de cet orifice est entouré d'une ulcération superficielle à bords rosés et peu élevés. Cette ulcération, qui présente un cercle ovalaire, a partout 1 centimètre à 1 centimètre et demi de large; elle est d'un jaune grisâtre vers sa circonférence, rouge et granulée à son centre qui se continue un peu dans la cavité du col; elle fournit du muco-pus quelquefois mêlé de sang.

L'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine à 12 centimètres.

Par le toucher rectal, on sent le fond de la matrice et l'extrémité de l'hystéromètre à 2 centimètres et demi au-dessus du détroit inférieur du bassin, vers l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la symphyse pubienne. Quel que soit le soin avec lequel on palpe la tumeur, on ne peut sentir le corps de l'utérus, mais seulement une substance ferme, cylindrique, traversée par l'hystéromètre, et qui se continue avec lui jusque dans le bassin.

La tumeur n'est pas rentrée depuis deux mois. La malade ne se plaint que de légères douleurs dans les reins, dans les aines, d'une gêne mécanique et de fréquents besoins d'uriner. Quelquefois même, si surtout elle a attendu longtemps avant de satisfaire ce besoin, elle

éprouve de la difficulté à uriner, et est obligée, pour accomplir la miction, de comprimer la tumeur, et de la repousser en haut et en arrière. Lorsqu'elle urine par la simple contraction de la vessie, sans presser ni déplacer la tumeur, le jet de l'urine est lancé presque perpendiculairement en haut, au point que l'abdomen est tout mouillé. La défécation s'opère facilement. Aucun traitement n'a encore été employé.

Prescription. — Bains de siége. Pansement simple maintenu avec un bandage en T double. Repos au lit.

La position horizontale, le repos, la compression douce exercée sur la tumeur par le pansement, les soins de propreté, firent promptement diminuer le volume de la tumeur, l'étendue de l'ulcération, ainsi que tous les malaises.

Dans la nuit du 10 au 11 avril, la tumeur rentra spontanément.

Le 15, à l'examen au spéculum, je trouve l'ulcération cicatrisée.

Le 17, la malade ne souffrant plus et étant complétement rassurée sur le danger de son affection, demande sa sortie sans vouloir qu'on lui applique un pessaire pour maintenir sa tumeur réduite. Elle sort le 18.

Observation XIX. — *Allongement hypertrophique très étendu de l'utérus. — Renversement complet du vagin. — Cystocèle. — Rectocèle considérable ; le tout simulant une chute complète de la matrice. — Kystes folliculaires de l'orifice du col. — Hypertrophie folliculaire. — Folliculite vaginale. — Vastes ulcérations sur la tumeur. — Mort par péritonite.* (Dessin de Lakerbauër, pl. VII.)

Le 8 avril 1850 entra à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, la nommée Wnib. José, âgée de quarante-neuf ans, blanchisseuse, demeurant à Billancourt. Cette femme, qui est d'une très forte constitution et d'un embonpoint considérable, fut réglée pour la première fois à treize ans. Déjà elle exerçait la profession très pénible de blanchisseuse. Les menstrues furent toujours régulières et très abondantes, même avant l'existence de sa maladie. Mariée pour la première fois à vingt ans, elle n'eut presque pas de rapports sexuels avec son mari qui était un ancien militaire épuisé d'infirmités. Veuve à vingt-trois ans, mariée en secondes noces, à l'âge de vingt-cinq ans, à un nommé Olivier (Henry), homme jeune et vigoureux. Six mois après, elle devint enceinte ; la grossesse fut heureuse ; il n'en fut pas de même de l'accouchement qui ne se termina qu'après quarante-huit heures de souffrances. La fourchette fut largement déchirée. L'enfant était vivant et très gros ; c'est aujourd'hui un homme très grand et très fort. Les suites de couches furent heureuses ; les bords de la solution de continuité se cicatrisèrent isolément. Malgré cette déchirure et les souffrances qu'elle avait éprouvées, cette femme se leva le sixième jour pour vaquer aux soins de sa maison. Le dixième jour, elle reprit l'exercice de sa profession. Le soir même, elle éprouva une fatigue inaccoutumée dans le bas-ventre, de la chaleur dans les reins, un besoin plus fréquent d'uriner, de la pesanteur sur l'anus. Elle eut ensuite deux autres enfants ; les accouchements furent plus prompts et moins douloureux ; les suites en furent heureuses, bien que la malade se fût levée le cinquième jour. Elle avait une maison à diriger qui réclamait d'autant plus sa présence que son mari était brutal et presque toujours ivre. Après le troisième accouchement, les incommodités et les malaises qu'elle avait éprouvés à la suite de la première parturition devinrent plus intenses ; mais il se passa plus de trois mois avant qu'elle vît rien paraître à la partie.

Un jour qu'elle faisait un effort pour aller à la selle (elle était habituellement constipée), elle sentit deux espèces de tumeurs qui se présentaient à la partie : une en avant, dure, mobile,

offrant à son sommet une dépression, une espèce de trou ; en pesant dessus, elle remontait facilement. L'autre en arrière, plus fixe, plus large et plus dépressible ; il lui sembla qu'en pesant dessus, elle facilitait l'évacuation des matières fécales et que la tumeur diminuait. Plusieurs fois, elle exécuta les mêmes manœuvres, et les choses se passèrent de même.

De jour en jour, la tumeur la plus dure, la mieux limitée et qui était en avant, descendit plus que l'autre qui devint moins nette, moins appréciable et parut se confondre avec la première. A cette époque aussi l'évacuation de l'urine devint beaucoup plus fréquente et moins facile. Enfin, en cinq ans, la tumeur acquit à peu près les dimensions qu'elle présente aujourd'hui. Elle est ulcérée depuis près de deux ans.

Elle ne souffre pas habituellement ; elle n'a éprouvé de véritables souffrances que lorsqu'elle faisait rentrer la tumeur. Sitôt que celle-ci ressortait, toutes les douleurs cessaient. Elle ne put supporter deux pessaires, l'un en gimblette, l'autre en bilboquet, que sa sage-femme lui avait placés pour maintenir la tumeur. Elle attribue même la plus grande partie de son mal et les ulcérations qui existent à l'emploi de cet instrument. La réduction seule de la tumeur et sa contention au niveau de l'ouverture vulvaire avec un simple chauffoir lui étaient pénibles. Aussi depuis plus de trois ans n'a-t-elle plus cherché à la faire rentrer, et la malade ne serait pas entrée à l'hôpital sans les vastes ulcérations qui sont survenues, ulcérations qui suppurent beaucoup et exhalent une odeur parfois très désagréable.

État actuel. — La tumeur, qui a une forme ovalaire et un peu prismatique, présente un volume considérable. Son diamètre vertical est de 20 centimètres ; le transversal est de 11 centimètres ; d'avant en arrière, l'étendue est un peu plus grande : elle a 12 centimètres et demi. La circonférence est de 34 centimètres.

Le vagin est complétement renversé. La paroi postérieure est même tombée et renversée dans une plus grande longueur que la paroi antérieure ; car après avoir formé le sommet de la tumeur, elle se recourbe de bas en haut et d'arrière en avant, pour venir faire partie de la face antérieure de la masse dans une étendue de 3 centimètres et demi ; de sorte que le col de l'utérus et son ouverture, au lieu d'être placés au sommet du prolapsus, se trouvent placés sur la face antérieure, à l'union de son quart inférieur avec ses trois quarts supérieurs.

A la partie antérieure et supérieure, immédiatement au-dessous des plis transversaux du tubercule uréthral (fig. 1), à 3 centimètres des limites antérieures du col, on voit et l'on sent une saillie arrondie qui se dessine au-dessous de la paroi vaginale qui est soulevée et luisante dans ce point (fig. 1 B). Cette saillie sphérique est fluctuante et formée par une grande portion de la vessie. Une sonde y étant introduite, un grand verre d'urine s'écoule et la saillie s'affaisse.

Toute la surface de la tumeur, à l'exception des parties couvertes par les ulcérations, est d'un rouge violet.

Les deux tiers inférieurs de la face postérieure sont envahis par deux vastes ulcérations irrégulières. La plus inférieure, qui occupe toute la largeur de la tumeur, s'étend sur les faces latérales pour venir en avant se continuer avec une troisième ulcération qui fait tout le tour de la base du col utérin.

Les bords de ces ulcères sont élevés, rouges, sensibles au toucher et douloureux à la pression. Leur surface est d'un gris jaunâtre moucheté d'une infinité de points rouges, saillants, et saignant facilement. Lorsque l'on regarde avec attention ou à la loupe les parties de l'ulcère qui entourent le col, on y voit un grand nombre de petits pertuis qui ne sont autre chose que les orifices des follicules muqueux ; par beaucoup d'entre eux, on voit sortir ou perler des gouttelettes de mucus clair, transparent, ou de muco-pus, suivant que ces follicules sont simplement irrités ou enflammés.

Une quatrième et petite ulcération, en voie de développement, existe à la partie antérieure droite de la tumeur.

La portion sous-vaginale du col est engorgée et le siége d'une hypertrophie excentrique. Son ouverture, qui se présente sous la forme d'une fente transversale et fissurée, a 3 centimètres d'étendue. Les bords offrent une série de follicules dilatés par le produit de leur sécrétion et devenus kystiques. A la commissure droite, une petite tumeur d'un rouge violacé; elle a le volume d'une petite bille; elle est ferme et résistante comme un corps fibreux (fig. 1, D).

Lorsque l'on palpe avec soin cette énorme tumeur, on reconnaît qu'elle renferme :

1° En avant et en haut, une portion considérable de la vessie;

2° En arrière et en haut, un prolongement de la paroi antérieure du rectum, long de 5 à 6 centimètres et renfermant des matières fécales, que j'eusse pu prendre pour le corps de l'utérus, si je n'eusse pas été prévenu par des faits antérieurs de la possibilité de leur existence, qui fut constatée par le toucher rectal. Ce prolongement soulève la paroi postérieure du vagin et lui fait faire en arrière une saillie comparable à celle que la vessie produit en avant;

3° Au centre, dans toute la longueur, à partir du museau de tanche, un corps cylindrique résistant, ni fluctuant, ni pâteux, qui remonte dans la cavité pelvienne. Ce corps est formé par la portion sus-vaginale du col allongée et hypertrophiée. L'hystéromètre introduit par l'ouverture du col, le parcourt dans toute sa longueur et pénètre à une profondeur de 18 centimètres. A l'aide du toucher rectal, on sent le corps et le fond de l'utérus, ainsi que l'extrémité de l'instrument, à 3 centimètres 1/2 au-dessus de l'ouverture vulvaire. Ainsi, malgré le volume considérable de ce prolapsus, dont la longueur était de plus de 20 centimètres, il n'y avait qu'une chute incomplète de l'utérus, l'excédant de 18 centimètres que présentait la tumeur étant produit par la paroi postérieure du vagin, qui descendait plus bas que le col.

Le diamètre antéro-postérieur du périnée a tout au plus 1 centimètre 1/2 d'étendue.

Les troubles des fonctions dévolues aux organes déplacés n'étaient pas en rapport avec l'étendue du déplacement. Ainsi, à part une menstruation et une sécrétion utérine trop abondantes, les fonctions de la matrice étaient peu troublées, et cet organe n'occasionnait que très peu de réaction morbide. Les fonctions les plus troublées étaient celles de la vessie et du rectum : la malade était obligée de prendre tous les jours un lavement pour aller à la selle, et souvent il lui arrivait de ne pouvoir uriner sans presser de la main la tumeur, qui n'était devenue douloureuse que depuis le moment où des ulcérations s'y étaient développées.

Cette tumeur est l'occasion d'une grande gêne physique, surtout en raison de l'embonpoint considérable de la malade, qui fait que lorsqu'elle est debout les deux cuisses ne laissent entre elles aucun intervalle; elles refoulent la tumeur en bas et en arrière : d'où des tiraillements plus ou moins pénibles et des frottements désagréables ou douloureux contre les vêtements. Lorsqu'elle est assise, elle ne peut se poser que sur l'extrémité des fesses, ou bien, si, comme tout le monde, elle s'asseoit sur les ischions, elle est obligée de saisir la tumeur, de la ramener en avant et de la placer entre les cuisses fortement écartées. Au lit, elle ne peut se placer que sur l'un des côtés, les cuisses fortement fléchies; autrement, la tumeur est pressée et douloureusement comprimée par le poids de ces parties. C'est à cause de ces pressions exercées sur les parties latérales et antérieures de la tumeur que celle-ci est plus large en arrière qu'en avant, et qu'elle devient prismatique, surtout après que la malade a uriné.

Traitement. — Nous essayons de réduire le prolapsus; mais la malade, s'apercevant tout aussitôt de notre intention, nous prie de ne pas la mettre à exécution, nous assurant de nouveau que chaque fois qu'on avait fait rentrer sa tumeur, elle souffrait beaucoup plus que quand elle était dehors. Probablement que l'embonpoint excessif de la malade et la longueur consi-

dérable de l'utérus, qui nécessitait ou qu'on le reportât jusque dans la cavité abdominale, ou qu'on le fléchît sous lui-même, en distendant ses ligaments, étaient la cause des douleurs qu'elle éprouvait lorsqu'on voulait obtenir une réduction complète. Nous n'insistâmes pas. Un bain lui fut ordonné, un pansement simple fut posé sur les ulcères, et la malade mise au repos absolu et à un régime alimentaire très léger; deux portions d'aliments seulement furent données.

Le 12 avril, toutes les petites tumeurs kystiques qui bordaient l'orifice du col furent ouvertes avec une lancette : il s'en écoula un mucus épais et d'un blanc jaunâtre. La petite tumeur de la commissure droite fut incisée; elle était pleine et formée par une substance d'un blanc grisâtre, renfermant çà et là quelques vaisseaux. Elle se laissa énucléer avec assez de facilité. Bien qu'elle ressemblât à une petite tumeur fibreuse, sa composition anatomique et microscopique était glandulaire, c'est-à-dire qu'elle renfermait des cellules épithéliales nucléaires, des culs-de-sac glandulaires et des fibres fusiformes.

Nous ne pûmes décider la malade à se laisser opérer.

Le 20 mai, les ulcérations étant complétement cicatrisées et la tumeur ayant considérablement diminué de volume, la malade demanda sa sortie, qui lui fut accordée le 23.

J'ai su depuis, du docteur Bourdin, que, rentrée dans son établissement, cette femme reprit ses travaux avec plus d'activité que jamais, et qu'elle fut atteinte d'une péritonite à laquelle elle succomba en trois jours.

CHAPITRE III.

CARACTÈRES ET SIGNES PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUES OU TROUBLES FONCTIONNELS QUI ACCOMPAGNENT L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL ET LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

Si les caractères physiques de ces affections n'avaient pas encore été bien saisis et décrits dans leur ensemble ni leurs connexions, à plus forte raison les phénomènes vitaux qui en dépendent, et les troubles fonctionnels qui les accompagnent ont-ils dû, en raison de leur variété, de leur multiplicité et de leur retentissement plus ou moins éloigné, échapper, en partie, à une observation superficielle et passagère. En effet, parmi les phénomènes physiologico-pathologiques, les uns sont purement rationnels et sympathiques, sont quelquefois si légers, au moins en apparence, et se passent dans des endroits si éloignés du siége du mal, que leurs rapports avec lui, non-seulement ne sont pas entrevus par les malades qui ne croient pas devoir les mentionner, mais encore passent inaperçus sous les yeux du médecin, s'il n'a eu fréquemment l'occasion d'arrêter son esprit sur ces lésions, et l'on serait tenté de croire que l'altération de la santé est due à toute autre cause, si la simple réduction et la contention de la tumeur ne faisaient disparaître les troubles fonctionnels qui menacent l'économie. Les autres, au contraire, sont tellement sensibles pour la malade, comme

pour le pathologiste, qu'ils sautent pour ainsi dire aux yeux de l'observateur le plus ordinaire, et que l'on serait presque porté à les ranger parmi les signes physiques ou objectifs de la maladie.

Pour n'en omettre aucun et les étudier dans un ordre vraiment physiologico-pathologique, nous les examinerons :

1° Dans l'utérus lui-même et le vagin ;

2° Dans les organes qui ont des rapports immédiats avec eux ;

3° Dans les organes éloignés.

§ I. — Lorsque la maladie se développe après les règles ou chez une femme âgée, à cette époque de la vie où les fonctions génésiques de l'utérus sont entièrement terminées, où cet organe n'exerce plus de réaction générale sur l'économie, et n'est plus que le siége d'actes nutritifs dont l'activité va sans cesse en diminuant, il arrive assez souvent que les fonctions utérines ne soient pas essentiellement troublées par les affections qui nous occupent. Si ce n'était la gêne toute mécanique que cause la tumeur et la répugnance qu'elle inspire par l'altération des formes et les ulcérations qui fréquemment s'y manifestent, les malades ne réclameraient pas les secours de l'art. Il en est encore quelquefois de même chez certaines femmes, bien qu'elles soient encore réglées, si surtout elles peuvent, par leur position sociale, éviter de se livrer à des travaux pénibles, ou si elles peuvent se livrer au repos qu'exige cette affection. Chez d'autres malades enfin, les fonctions utérines, après avoir été troublées pendant longtemps, cessent de l'être à la ménopause.

Mais, à part ces exceptions, qui au reste s'expliquent assez facilement, les fonctions utéro-vaginales sont troublées ou même profondément altérées.

L'utérus est le siége d'une chaleur et d'une sensibilité anormales. La sensibilité peut être accrue au point de s'élever jusqu'à la douleur qui peut être continue, mais qui, le plus souvent, n'existe que par intervalles, lorsque les malades sont debout, font des efforts ou exécutent quelques grands mouvements qui percutent, ébranlent ou déplacent l'organe. Il est presque constamment le siége d'une hypersécrétion muqueuse simple ou muco-purulente, d'autres fois séro-sanguinolente ou d'une véritable sécrétion purulente.

La menstruation est le plus ordinairement dérangée, quelquefois elle est supprimée pendant un temps plus ou moins long et à différentes reprises. Mais, le plus habituellement, les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps, huit, neuf, dix et douze jours; chez quelques femmes, elles se prolongent jusqu'à quinze jours. Pendant l'époque menstruelle, la chaleur, la gêne, le malaise et la souffrance que cause la maladie, augmentent, ainsi que le volume de la tumeur, qui devient plus difficilement réductible ou cesse de l'être entièrement. La menstruation, qui cesse habituellement entre quarante-sept et cinquante ans, se prolonge assez fréquemment chez ces femmes jusqu'à l'âge de cinquante-trois et cinquante-quatre ans.

Par suite du développement anormal du système artériel et de l'activité de sa circulation, de la dilatation des veines, du changement de direction, des compressions, des allongements que les vaisseaux ont subis, les malades sont fréquemment exposées à des métrorrhagies actives ou passives, qui finissent par miner leur constitution.

Les rapports sexuels sont souvent douloureux, difficiles ou impossibles. Lors même qu'ils sont possibles sans souffrances, ils ont le plus ordinairement cessé d'être agréables, la sensibilité utéro-vaginale étant diminuée, émoussée, presque anéantie. La diminution et quelquefois la suppression presque absolue des sécrétions muqueuses vulvo-vaginales concourent puissamment à la diminution de cette sensibilité. Le sens génésique qui réside principalement dans l'appareil vulvo-vaginal et qui résulte de l'accomplissement régulier des actes de cet appareil, a considérablement perdu de son activité, lorsqu'il n'est pas entièrement aboli.

De tous ces dérangements dans les fonctions vulvo-vaginales et utérines, résulte la stérilité, stérilité qui n'est jamais plus certaine que quand il existe concurremment une altération des trompes ou des ovaires, altération qui est souvent consécutive à l'allongement hypertrophique et au prolapsus de l'utérus. Aussi je ne connais aucune femme qui ait conçu, une fois que l'utérus avait été assez prolapsé pour avoir causé la chute et le renversement complets du vagin, ce qui ne veut pas dire que cela n'ait jamais eu lieu; la science se chargerait de réfuter cette assertion, il suffit, en effet, pour que la fécondation ait lieu, que la voie utéro-ovarique soit restée libre.

§ II. *Troubles des fonctions vésicales et rectales.* — Par suite des changements que le vagin et l'utérus ont fait éprouver à la vessie et à l'urèthre, il est très rare que les fonctions de la vessie ou de ses annexes ne soient pas plus ou moins troublées. Dans un grand nombre de cas, elles le sont même beaucoup plus que dans la cystocèle proprement dite.

Les malades éprouvent souvent le besoin d'uriner et ne peuvent y résister longtemps ; quelques-unes sont obligées de le satisfaire vingt-cinq et trente fois par jour. La miction est donc fréquente, douloureuse, difficile ou même impossible, et pour la faciliter, la malade est obligée de comprimer la tumeur à l'aide de la main, de la reporter en haut et en arrière, ou bien encore d'en opérer la réduction complète. Il en est qui, pendant qu'elles reportent la tumeur en arrière, sont obligées de se pencher fortement en avant. Nous en avons vu quelques-unes qui étaient obligées, pour faciliter la sortie de l'urine, de se poser sur les coudes et sur les genoux ; Levret avait déjà signalé ce fait à l'attention des praticiens.

Cette difficulté d'uriner et cette véritable rétention d'urine dépendent quelquefois de l'irritation, de l'inflammation de la vessie, mais le plus ordinairement elle est due : 1° à ce que la portion de ce réservoir qui renferme le liquide est soustraite à l'action expultrice des parois abdominales ; 2° à l'angle de flexion qu'éprouve l'urèthre quand il traverse le ligament sous-pubien et le muscle de Wilson, angle qui aplatit les parois du canal, et les oppose l'une à l'autre en interceptant sa cavité. Cet obstacle devient d'autant plus énergique que l'urine s'accumule et dilate davantage la portion vésicale herniée qui se porte de plus en plus en bas et en avant. C'est en diminuant, en redressant cet angle que les malades facilitent la miction, lorsqu'elles reportent instinctivement la tumeur en haut et en arrière ; elles diminuent aussi, en agissant de cette manière, la pression que le ligament sous-pubien et le muscle de Wilson exercent sur la paroi inférieure du conduit. Slevogt avait déjà fait remarquer qu'on diminuait la difficulté d'uriner et même celle de la défécation en soulevant la tumeur ; seulement il ne donnait pas une explication exacte du fait, au moins pour ce qui est de la miction, en attribuant la difficulté d'uriner à la distorsion de l'urèthre causée par les fibres annexes (adhérences) du vagin prolapsé qui rétrécissaient la cavité de ce

canal en tirant obliquement sur lui (1) : cette traction n'est en effet qu'une cause éloignée ou prédisposante ; 3° au relâchement et à l'affaiblissement des parois vésicales entraînées et tiraillées par l'appareil vagino-utérin, ce qui prouve que cet état peut dépendre de l'affaiblissement et d'une sorte de paralysie des parois vésicales, c'est que parfois, bien que l'on ait introduit une sonde dans la portion herniée de la vessie, l'urine ne s'écoule qu'en bavant par la sonde, et il suffit de presser sur la tumeur pour faire sortir ce liquide par un jet plus ou moins étendu, suivant la force de la pression que l'on exerce. Chez ces malades, lorsque l'urine s'est accumulée et a augmenté beaucoup le volume de la tumeur, elle s'écoule involontairement et par regorgement.

Lorsque la chute de l'utérus s'opère subitement chez une femme enceinte de trois à quatre mois, dans un effort violent ou une chute d'un lieu élevé, la rétention peut être de suite produite par la compression que cet organe exerce sur l'urèthre et le col de la vessie contre la symphyse du pubis. Kulm en rapporte un exemple trop instructif pour que je ne le rappelle pas ici.

« Une femme, âgée de vingt-six ans, enceinte de quatre mois, portant sur les épaules un lourd fardeau, fit un faux pas et tomba. Aussitôt elle ressentit une violente douleur dans les lombes, dans la région du pubis, avec impossibilité absolue d'uriner. Un médecin est appelé à son secours et, au lieu d'évacuer l'urine retenue en introduisant une sonde dans la vessie, il prescrit au contraire des remèdes diurétiques. Cette femme endure pendant douze jours des douleurs inexprimables, sans pouvoir rendre une seule goutte d'urine. Elle mourut... Après la mort, on trouva la matrice descendue dans le vagin, et son corps faisant saillie hors de la vulve. La vessie avait deux pieds de longueur et un pied de largeur. Elle renfermait vingt litres d'urine. Aussi dans son indignation inspirée par l'ignorance de ce médecin, Kulm s'écrie-t-il : « Patet adeoque luculentissime, quam sinistre illi medici, » ad multorum hominum detrimentum, praxim suam exerceant, qui » chirurgiam negligunt (2). »

Un utérus qui aurait le même volume que celui d'une femme enceinte

(1) *Dissert. de mulieris gravidæ lapsu vag. uter.*, etc., § XVI.

(2) *Dissertatio de uteri lapsu*, vide *Disput. chirurg. selectæ*, Haller, t. III, p. 587.

de trois ou quatre mois et qui serait prolapsé, pourrait causer le même genre de rétention. Dans quelques cas où la tumeur est très volumineuse et intéresse une grande portion de la vessie, les malades peuvent uriner par regorgement : il faut bien se garder de confondre cet état avec une véritable incontinence d'urine, qui, au reste, accompagne fréquemment l'affection qui nous occupe et est l'un de leurs plus grands tourments.

La manière dont l'urine s'écoule a subi de profondes modifications. Ce liquide, au lieu d'être lancé en bas et en avant, sous la forme d'un jet unique et régulier, s'écoule lentement, en bavant et en nappe, le long de la tumeur, ou bien le jet est lancé en avant et en haut contre la paroi abdominale, d'où il retombe éparpillé sur le vagin renversé et les cuisses. D'autres fois il est projeté contre l'espèce de soupape formée par le clitoris et l'extrémité supérieure des nymphes, et il retombe en lame sur toute la face antérieure de la tumeur. Très souvent en sortant, ce jet s'étale en éventail, en cône creux, ou bien se divise en gerbe qui souille non-seulement l'abdomen et les parties environnantes, mais encore les vêtements de la malade, d'où l'odeur nauséabonde qu'elle répand autour d'elle. Cet évasement du jet de l'urine à sa sortie du canal est dû à la dépression ampulaire ou infundibuliforme qui précède assez souvent l'ouverture de l'urèthre, ou à la présence d'un ou deux plis transversaux du tubercule vaginal refoulé en avant et au-dessus du méat.

Du contact réitéré et prolongé de l'urine sur la tumeur résultent de l'irritation, des démangeaisons et des cuissons insupportables qui deviennent une des causes les plus fréquentes des ulcères qui s'y développent.

La plupart de ces troubles survenus dans la miction échappent au médecin, parce que, comme je l'ai vu souvent et comme chacun le comprend, les malades les lui cachent ou ne les lui révèlent que lorsqu'il a fixé leur attention sur ce point. Tant que la miction n'est pas douloureuse, ou tant qu'il n'y a pas rétention d'urine, elles disent qu'elles urinent facilement.

Les urines ont habituellement conservé leurs propriétés physiques normales; mais lorsque la maladie dure depuis longtemps et qu'elle a entraîné une grande partie de la vessie dans le vagin renversé, celle-

ci se vide incomplétement. L'urine qui y séjourne s'y altère; elle devient trouble, épaisse, catarrhale ou purulente; de petits graviers ou même des calculs s'y développent, et tous les accidents d'une cystite calculeuse viennent se joindre à ceux qui sont la conséquence immédiate du déplacement. Ce n'est pas tout, cette descente de la vessie est le point de départ ou la source de malaises et de douleurs plus ou moins éloignées que nous examinerons plus bas.

Les fonctions du *rectum* sont loin d'être aussi souvent et aussi profondément troublées. Cependant les malades sont presque toutes constipées; beaucoup d'entre elles éprouvent d'assez grandes difficultés pour évacuer les matières fécales, qui, dans les efforts d'expulsion, tendent à s'engager ou s'engagent en partie dans la tumeur par la dilatation ou le véritable prolongement que la paroi antérieure du rectum y envoie. Aussi le prolapsus descend-il davantage et augmente-t-il de volume dans ce moment, et les malades qui sentent ce mouvement se produire cherchent à l'arrêter en maintenant la tumeur avec la main. Quelques-unes font mieux : s'apercevant de la cause de la difficulté de la défécation, elles compriment cette tumeur de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à faire rentrer les matières dans la cavité de l'intestin et à leur faire suivre la direction qui leur est normalement imprimée par les efforts d'expulsion. Chez plusieurs malades, la grande et profonde courbure que le feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal vagino-rectal imprime à l'extrémité supérieure du rectum augmente encore la difficulté de l'évacuation. C'est en diminuant ou en faisant disparaître ces deux obstscles que l'ascension de la tumeur et mieux sa réduction facilitent la défécation. Enfin, chez quelques femmes dont le prolapsus est volumineux et qui ont un certain embonpoint, il y a un troisième obstacle qui est tout à fait extérieur, indépendant des changements organiques qu'a éprouvés l'utérus : au moment où ces femmes s'accroupissent pour satisfaire ce besoin, les cuisses fortement rapprochées refoulent la tumeur en arrière; les efforts qui en augmentent le volume la portent encore dans ce sens où elle ne rencontre aucun obstacle, et elle vient oblitérer l'ouverture anale. Ces malades sont alors obligées d'aller saisir la tumeur et de la ramener en avant entre les cuisses écartées, afin de laisser un passage libre aux matières. Ce sont là autant de détails que cachent habituellement les patientes,

et qu'elles ne font connaître que lorsqu'on les interroge à cet égard.

Plusieurs de ces malheureuses étant atteintes de déchirures plus ou moins étendues du périnée, quelquefois même de déchirure qui comprend toute la hauteur de cette région et la partie antérieure de l'anus (obs. XXX), il en résulte qu'on observe quelquefois chez elles une incontinence complète des matières fécales, ou leur écoulement sous l'influence du moindre effort. Mais ce n'est là, selon nous, qu'une complication et non un effet dépendant de la chute de l'utérus et du renversement du vagin. Ce qui le prouve, c'est que nous n'avons jamais rencontré cette incontinence que chez celles de nos malades qui avaient le périnée et la partie antérieure de l'anus déchirés. Nous ne saurions donc partager l'opinion de M. Cruveilhier, qui dit « que les chutes de l'utérus entrainent quelquefois, sinon incontinence complète des matières fécales, au moins une grande diminution dans la contractilité du sphincter. » D'après les faits que nous avons observés, nous sommes porté à croire que M. Cruveilhier s'en est rapporté à la narration des malades, mais n'a pas examiné dans quel état se trouvait chez elle la région ano-périnéale. Autrement il eût probablement vu, comme nous, que le muscle transverse du périnée était divisé sur la ligne médiane ainsi que l'extrémité antérieure du sphincter anal, d'où la perte de son point d'appui et de sa force sphinctérienne ou obturatrice, mais que chacune des moitiés du muscle n'avait rien perdu de sa contractilité.

Quelques précautions que prennent les malades, elles ne peuvent empêcher que les matières en sortant ne souillent et ne finissent par irriter la moitié postérieure de la tumeur, et même par y déterminer des ulcérations, à moins qu'elles n'appartiennent à une classe de la société qui leur permette de grands soins hygiéniques.

§ III. — *Troubles éloignés et sympathiques.* — Ils ne se manifestent et n'existent habituellement que lorsque les malades sont debout depuis longtemps déjà, se livrent à des efforts, se renversent fortement en arrière, élèvent les bras, soit pour saisir, soit pour maintenir quelque chose dans une situation élevée, ou lorsqu'elles se sont livrées pendant plusieurs heures de suite à des travaux pénibles.

Quelques-unes éprouvent seulement un sentiment de malaise, de faiblesse, de vide dans les régions pelvienne et vulvo-anale. Il leur semble

que tous leurs viscères abdominaux vont s'échapper par le détroit inférieur du bassin dont le plancher a perdu presque toute sa résistance. Aussi ai-je vu, dans le monde surtout, quelques malades impressionnables et nerveuses tellement effrayées par ce sentiment, qu'elles osaient à peine se mettre debout pour se livrer à quelque exercice dans leur appartement.

Mais chez le plus grand nombre, des douleurs plus ou moins vives et un sentiment de traction se font sentir aux lombes, à la base du sacrum, aux reins, au bas-ventre ou aux aines, et quelquefois aux cuisses. Celles des reins et de la région lombo-sacrée qu'on pourrait presque dire constantes, tant elles sont fréquentes, sont évidemment dues à la traction et à la tension que les viscères éprouvent en suivant forcément la précipitation du bas-fond de la vessie; elles doivent aussi dépendre de la tension des nerfs des plexus hypogastriques, des vaisseaux qui entrent dans la composition de ces plexus, des restes du ligament utéro-lombaire et de la traction du péritoine sacro-lombaire, dans la descente obligée et parfois subite du cul-de-sac recto-vaginal qui attire fortement en bas, comme nous l'avons démontré, l'extrémité supérieure du rectum et la fin de l'S iliaque. Quant à celles du bas-ventre, qui sont moins constantes, elles trouvent leur explication dans le déplacement et l'abaissement de la portion sus-pelvienne de la vessie qui tiraille et entraîne à différents degrés l'ouraque et le péritoine, qui de la paroi abdominale se jette sur le sommet et la face postérieure de l'organe ; elles peuvent aussi dépendre d'une cystite concomitante.

Celles des aines qu'on a l'habitude d'attribuer à la distension des ligaments ronds, sont pour nous, dans la majorité des cas, le résultat de l'entraînement et de la descente de la partie inférieure des ligaments larges qui suivent la portion sus-vaginale du col, d'où résultent un déplacement, un glissement douloureux en bas et en dedans du péritoine de la fosse iliaque et de la fossette inguinale externe. Nous avons déjà démontré par des faits, et nous démontrerons plus bas, lorsque nous nous occuperons des causes et du mécanisme de la maladie, que les ligaments ronds ne sont presque jamais distendus. Cependant nous ne voudrions pas assurer que cela ne puisse arriver quelquefois, dans le cas, par exemple, de chute complète avec rétroflexion très prononcée du corps de l'utérus, comme chez la malade qui fait le sujet de notre observation XXIV.

Enfin, dans quelques cas exceptionnels qui tiennent probablement à quelques complications, à des adhérences de l'utérus aux intestins ou au grand épiploon, les malades éprouvent un tiraillement douloureux à l'épigastre, des douleurs intestinales, une sorte d'oppression cardialgique, et si elles persistent à rester debout, une syncope véritable a lieu. A la longue, les fonctions du tube digestif sont dérangées, la nutrition s'altère ; la souffrance de l'utérus et de ses annexes par l'intermédiaire du grand sympathique se propage à tous les viscères abdominaux dont les fonctions sont plus ou moins troublées. — La marche continuée pendant un certain temps, la station verticale deviennent difficiles, douloureuses, ou même impossibles. Il n'est pas jusqu'à la position assise et au décubitus qui ne puissent, dans certains cas, être gênés, et ne demandent certaines précautions.

Ce serait maintenant le moment, si nous avions l'intention d'écrire une monographie complète sur ce sujet, de nous occuper des caractères qui servent à distinguer cette affection des autres maladies qui ont avec elle des analogies, et il nous serait facile de démontrer qu'autrefois comme aujourd'hui les hommes les plus distingués ont commis plus d'une erreur de diagnostic à cet égard : mais déjà nous avons donné à ce travail beaucoup plus d'étendue que nous ne nous étions proposé, et nous craindrions de fatiguer le lecteur, en rappelant des faits qu'il trouvera consignés dans les différents recueils scientifiques.

CHAPITRE IV.

EXAMEN DES CAUSES ET DE LEUR MODE D'ACTION.

Les influences sous l'empire desquelles se manifestent l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, son prolapsus et la chute complète de l'utérus, sont très nombreuses, variées, et le plus souvent complexes. Elles sont, comme les causes de la plupart des affections chroniques, prédisposantes ou occasionnelles.

Dans les premières, on doit faire rentrer, suivant qu'elles sont étrangères à l'économie ou qu'elles lui sont inhérentes :

1° Toutes professions dans lesquelles la femme se livre à un travail pénible, au-dessus de ses forces et de son organisation, et parmi ces professions, celles surtout qui s'exercent debout, qui exigent des efforts fréquemment répétés ou des efforts lents et continus, comme celles de

blanchisseuse, de journalière, de marchande ambulante, de cuisinière, etc., etc.; mais de toutes ces professions, la plus pernicieuse est évidemment celle de blanchisseuse, que l'on rencontre dans les quatre cinquièmes des cas (1); la station verticale trop longtemps prolongée sur les pieds, les genoux; une pression habituelle sur l'abdomen par des vêtements trop serrés; l'équitation, etc., etc.

2° Les causes prédisposantes inhérentes à l'organisation sont : une constitution molle et lymphatique, dans laquelle les tissus en général présentent une grande laxité, et les tissus musculaire et aponévrotique en particulier sont peu développés ; — une ouverture vulvaire lâche et très dilatable ; — un bassin très large; — un embonpoint considérable de l'abdomen; — une constipation habituelle très prononcée. Mais la cause prédisposante la plus puissante, la plus fréquente comme la plus efficace, qu'on pourrait presque considérer comme essentielle, est l'accouchement, surtout lorsqu'il s'est répété un grand nombre de fois et à de courts intervalles. Sur 64 malades dont je possède les observations détaillées, 4 seulement n'avaient pas eu d'enfants, au moins elles nous l'ont assuré, 11 en avaient eu chacune un, 4 chacune d'eux, et les 44 autres en avaient eu chacune plusieurs; quelques-unes d'entre elles en avaient eu jusqu'à neuf, dix et onze. Ce fut presque toujours peu de temps après l'accomplissement de cette grande fonction que la maladie commença à se manifester. Scanzoni (2) dit que sur 114 malades qu'il a traitées, 99 étaient mères. Jamais l'affection ne se développe plus sûrement qu'après les accouchements qui ont nécessité la version, une application du forceps, ou qui ont causé une déchirure plus ou moins étendue, soit du périnée, soit des parties latérales de l'ouverture vulvaire, qui ne s'est pas réunie par première intention. On conçoit, au reste, parfaitement comment un accouchement ordinaire souvent répété peut être une des causes les plus fréquentes de cette maladie : il distend et allonge tous les liens de l'utérus, vaisseaux, nerfs, adhérences normales et ligaments; il déchire même quelques-uns de ceux-ci. Les

(1) Sans parler des hernies proprement dites, des cystocèles, des rectocèles, des varices, des ulcères, dont ces femmes sont souvent atteintes, c'est au point qu'on se demande si le conseil d'hygiène publique ne devrait pas conseiller à l'autorité d'interdire aux femmes certaines parties de cette industrie.

(2) *Traité des maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858.

parois du vagin, à force d'être distendues, finissent par perdre leur élasticité et leur continuité; elles restent flaxes, molles, larges, incapables d'offrir à l'utérus le moindre soutien. L'ouverture vulvaire éprouve les mêmes modifications, et le plancher du bassin, dont le centre est affaibli, presque annihilé par des distensions ou des déchirures répétées, est, comme cette ouverture, disposé pour laisser passer les organes placés au-dessus de lui.

Presque tous les auteurs ont fait jouer, dans cette étiologie, un grand rôle à la faiblesse, à la gracilité, à la grande extension natives, mais surtout acquises, des ligaments larges et des ligaments ronds pendant la grossesse et l'accouchement. Rien dans l'état physiologique et pathologique de ces liens ne justifie leur assertion, qui nous paraît au moins très exagérée. Les ligaments larges ne sont pas principalement destinés à empêcher l'utérus de s'élever ou de s'abaisser, comme le démontrent leur disposition, les phénomènes de la grossesse et de la parturition, mais bien à empêcher cet organe de se déverser trop fortement à droite ou à gauche, à maintenir, autant que possible et dans de justes limites, l'équilibre de la matrice entre la vessie et le rectum; à recevoir, à protéger et à conduire jusqu'à l'utérus les vaisseaux et les nerfs qui s'y rendent, et c'est même là une des raisons qui font que ces replis occupent les parties supérieures et latérales de la matrice, afin que, dans son développement génésique, la circulation et la sensibilité ne soient pas troublées par des tiraillements pénibles et douloureux. Dans l'allongement hypertrophique et la précipitation de la portion sus-vaginale du col, ainsi que dans le prolapsus complet de la matrice, il n'y a d'allongé, d'abaissé et de légèrement tendu, que la partie inférieure de ces ligaments. Quant aux ligaments ronds, ils sont encore moins que les précédents destinés à suspendre l'utérus, à l'empêcher de descendre et de se porter au dehors. Ils sont pour cela beaucoup trop longs et trop flexueux; leurs insertions pelvienne et utérine et leur direction ne sont pas convenablement disposées pour remplir ce but, et par conséquent leur relâchement ne peut être considéré comme une cause de prolapsus utérin. Si la nature les eût destinés à être des moyens suspenseurs de l'utérus, elle eût placé leur insertion pelvienne sur un point plus élevé et postérieur du bassin, leur insertion utérine sur le fond et les angles de l'organe, et non sur les parties latérales de sa face antérieure. Tout

dans la disposition de ces liens, insertion, direction, longueur, flexuosités, organisation et changements qu'ils éprouvent pendant la grossesse, démontre que ce ne sont que des organes d'attente destinés à entrer en action pendant la gestation et la parturition seulement. Ils ont alors pour fonction de maintenir et d'attirer en avant, par leur élasticité et leur contractilité, le fond de l'utérus, à mesure que cet organe s'élève dans la cavité abdominale, afin qu'il ne comprime et ne gêne pas trop, en se portant directement en haut et en se renversant en arrière, les fonctions de l'intestin et de l'estomac; afin qu'il ne comprime que le moins possible le centre nerveux du grand sympathique, les grands centres circulatoire, artériel, veineux et lymphatique de l'abdomen; afin qu'il ne refoule pas trop fortement le foie, le diaphragme, et même le cœur et le poumon, comme cela fût souvent arrivé s'il eût subi un mouvement ascensionnel direct. De plus, en attirant le fond de l'utérus en avant et un peu en bas, ils le maintiennent contre la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen, et empêchent les intestins de venir se placer entre cette paroi et l'organe. Enfin, ils ont encore pour usage de maintenir à cette époque le corps de l'utérus dans la direction de l'axe du grand bassin et du détroit supérieur Ils ont si peu pour fonction de maintenir la matrice et de l'empêcher de descendre que, dans la rétroversion et même dans la rétroflexion la plus prononcée, où quelquefois le fond de l'organe est plus bas que le col, nous ne les avons jamais trouvés tendus. Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler de la rétroflexion dans laquelle il y a en même temps chute de l'organe.

Si l'anatomie et la physiologie tendent à démontrer l'erreur de l'assertion que je combats, les faits parlent beaucoup plus haut et en démontrent péremptoirement l'inexactitude, puisque dans presque tous les cas désignés sous le nom de prolapsus de la matrice avec renversement plus ou moins complet du vagin, il n'y a qu'un prolapsus du col, le corps de l'organe etant resté dans le bassin à sa hauteur normale, ou seulement à 2, 3, 4 centimètres plus bas, faible abaissement qui ne nécessite pas pour s'opérer un relâchement et un allongement des ligaments ronds. Dans les autopsies que j'ai faites de ces cas, ces ligaments avaient conservé leur longueur normale et leurs flexuosités; ils n'étaient nullement tendus.

Dans la véritable précipitation de l'utérus sans allongement hypertro-

phique, affection qui est très rare, le fond de l'organe est placé au haut de la tumeur, sous l'ouverture vulvaire, presque encore engagé dans le détroit inférieur du bassin, comme on peut le voir sur la planche III, figure 1. Dans un cas observé par Blandin et rapporté dans les bulletins de la Société anatomique, M. Ferra, qui a communiqué ce fait à la Société, dit : « Les annexes de l'utérus ont cependant conservé à peu près leur place normale. »

Lorsque l'utérus est complètement prolapsé et en même temps atteint d'une rétroflexion tellement prononcée que le fond de l'organe soit beaucoup plus bas et plus en arrière que le col, on comprend qu'un tel déplacement n'ait pu s'opérer qu'à l'aide du relâchement et de l'allongement des ligaments; aussi ces parties forment-elles dans ce cas une sorte de corde que l'on sent de chaque côté de l'organe.

Si le prolapsus du col ou de la totalité de l'utérus peut s'opérer sans le relâchement ou l'allongement des ligaments précédents, il n'en est pas de même des ligaments utéro-lombaires, qui sont véritablement destinés à soutenir l'utérus et le vagin. Aussi Dugès et madame Boivin (1) nous paraissent-ils être tout à fait dans le vrai, lorsqu'ils regardent l'affaiblissement, l'allongement et la déchirure de ces ligaments comme la cause prédisposante la plus fréquente et la plus efficace du prolapsus.

Dans le second temps de l'accouchement, où le col et l'extrémité supérieure du vagin sont fortement abaissés et quelquefois entraînés en avant, ces liens sont fortement distendus, affaiblis, et doivent être souvent déchirés. Des efforts fréquemment répétés, qui abaissent l'utérus et tendent à le chasser au dehors, doivent produire à la longue le même résultat.

C'est évidemment à l'allongement brusque et à la rupture de ces ligaments qu'il faut attribuer la douleur vive lombo-sacrée et le craquement que ressentent et quelquefois même entendent les femmes chez lesquelles une descente ou un prolapsus se manifeste presque tout à coup au dehors à la suite d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé sur le siége, ou d'un effort brusque et violent, soit pour soulever, soit pour lancer au loin un corps pesant. L'accouchement, en affaiblissant les cloisons vésico-vaginale et vagino-rectale, devient une cause

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833.

fréquente de cystocèle et de rectocèle qui peuvent entraîner à leur suite l'utérus.

Ce n'est pas seulement en agrandissant, en relâchant les parties qui se trouvent autour de la matrice, en diminuant leur cohésion, leur élasticité, leur contractilité, que la gestation et la parturition prédisposent à la précipitation, mais encore en laissant le champ libre au développement de maladies qui agissent comme cause prédisposante ou occasionnelle : telles sont les tumeurs des ovaires, celles de l'utérus, l'engorgement, le ramollissement, l'inflammation chronique, l'hypertrophie de cet organe, sans parler de cet état hypertrophique et congestionnel qui suit pendant un mois et plus la parturition, état que beaucoup de femmes, par leur imprudence, rendent permanent en se levant trop tôt et en reprenant leurs travaux, souvent très pénibles, le septième, le huitième ou le dixième jour de leurs couches. Dans les observations que j'ai recueillies, on voit que beaucoup de femmes s'étaient levées dès le troisième jour, le quatrième ou le cinquième, pour vaquer aux soins de leur maison et reprendre très peu de temps après l'exercice de leur profession, quelque dure qu'elle soit. C'est un danger qui a été signalé par tous les auteurs, et l'on ne saurait trop insister sur ses désastreuses conséquences.

La flaccidité, la laxité et l'espèce d'infiltration qui se montrent pendant la grossesse dans les tissus qui entourent l'utérus et le vagin facilitent singulièrement, à cette époque, le glissement de l'organe en bas sous l'influence de l'augmentation de son poids, de son volume et des réactions abdominales.

L'accouchement est non-seulement une cause prédisposante très féconde, mais encore, dans certains cas, une cause occasionnelle très active, si le bassin est très large, le col peu dilaté et rigide, et que la femme se livre à des efforts violents d'expulsion. L'utérus peut encore être entraîné dans une application de forceps, ou mieux dans une version, lorsque le col utérin très contractile, non déchiré, se resserre subitement sur le cou de l'enfant au dessous de la tête. Ce fait s'est présenté à nous cette année en faisant la version chez une primipare; je fus obligé, pour éviter la sortie de la totalité de l'utérus, de faire repousser le col vers le bassin par mes aides pendant que j'attirais l'enfant.

Les causes occasionnelles et efficientes sont les efforts ordinaires

souvent et longtemps répétés, les efforts brusques et violents, les chutes d'un lieu plus ou moins élevé sur le siége, les genoux, la plante des pieds ; les coups violents sur le bas-ventre, la marche forcée, tous les exercices qui se font debout : course, danse, saut, etc.; toutes les tumeurs abdominales et pelviennes qui tendent à sortir par le détroit inférieur du bassin et chassent au-dessous d'elles l'utérus; les chutes essentielles du vagin ; certaines cystocèles et rectocèles ; toutes les maladies de l'utérus qui en augmentent le poids et le volume et surtout la longueur, et parmi elles se trouve en première ligne l'allongement hypertrophique, qui, s'il porte sur la moitié inférieure de l'organe, est une véritable cause déterminante qui constitue presque essentiellement le mal.

Mais je me hâte de le dire, la plupart de ces causes, celles mêmes dont l'action a paru la plus évidente et à la suite desquelles la maladie s'est montrée presque immédiatement, ne suffisent pas à elles seules pour la déterminer, il faut le plus souvent qu'elles agissent concurremment ou à la suite des causes prédisposantes. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir des femmes qui ont une déchirure complète du périnée, un relâchement considérable du vagin, une cystocèle ou une rectocèle, ou bien encore des tumeurs qui tendent à chasser l'utérus, sans que cet organe soit précipité : c'est lorsque les états anatomo-pathologiques que j'ai indiqués sous le nom de causes prédisposantes n'existent pas. Aussi, lorsqu'on interroge avec soin les malades qui disent que leur maladie s'est montrée tout d'un coup à la suite d'une chute ou d'un violent effort, on apprend que la plupart d'entre elles ont eu un plus ou moins grand nombre d'enfants; qu'elles souffrent de la matrice depuis longtemps ou bien que cet organe était déjà descendu vers la vulve. C'est ce qui nous a fait dire au commencement de ce chapitre que les causes du prolapsus de la portion sus-vaginale du col avec renversement complet du vagin et de la chute complète de l'utérus étaient nombreuses, variées et le plus souvent complexes, non-seulement considérées en général, mais sur le même sujet.

Si, maintenant que nous connaissons à peu près toutes les conditions et les circonstances dans lesquelles se manifeste le prolapsus, nous nous demandons d'après quel mécanisme il s'opère, nous voyons que la nature est loin de procéder de la même façon dans tous les cas, et qu'il

faut établir sous ce rapport trois modes de développement bien différents qui peuvent agir séparément ou se combiner.

Dans un premier mode, l'utérus est attiré en bas par le relâchement et la chute préalables de l'extrémité inférieure du vagin, qui finit par attirer vers la vulve et faire passer par cette ouverture l'extrémité supérieure du canal, ainsi que le col de l'utérus, lésion que M. Cruveilhier appelle *invagination par attraction ou sans rainure.*

D'autres fois, l'extrémité supérieure du vagin et l'utérus sont attirés en bas par une cystocèle ou une rectocèle; dans quelques cas, ces hernies réunies, qui existent depuis un temps plus ou moins long avant la chute de la matrice, l'ont successivement abaissée à mesure qu'elles prenaient plus de développement et se précipitaient davantage. La traction du vagin est assez énergique chez certaines femmes pour que, si l'utérus est ramolli, le col s'allonge et s'amincisse comme un tube de verre soumis à l'action de la lampe de l'émailleur. Ce qui démontre encore cette traction des parois vaginales sur le col, c'est que, s'il existe une cystocèle sans rectocèle, ce sont la paroi et la lèvre antérieure du col qui sont seules allongées; si, au contraire, il existe une rectocèle sans cystocèle, c'est l'inverse que l'on observe. Presque tous les jours j'ai occasion de constater ces faits.

Ce mécanisme est fréquent chez les femmes qui ont le périnée déchiré et chez lesquelles l'extrémité inférieure du vagin, la base de la vessie et la paroi antérieure du rectum ne sont plus soutenues.

C'est encore ainsi que des tumeurs développées sur le col utérin peuvent allonger et entraîner cette partie de l'organe au dehors une fois qu'elles ont franchi l'anneau vulvaire.

Dans un second mode, l'utérus est simplement poussé de haut en bas par des efforts plus ou moins fréquemment répétés et énergiques, par une tumeur placée au-dessus de lui, comme Dugès et Boivin en rapportent un exemple, ou par l'action de son propre poids, si surtout il est augmenté et si les malades ont l'habitude de rester debout, de se livrer dans cette position à un travail pénible et soutenu.

Enfin, *dans un troisième mode*, auquel se joint assez fréquemment l'action des deux premiers, la matrice abaissée est portée au dehors par l'augmentation de son poids et un allongement hypertrophique plus ou moins considérable, qui siége principalement sur la partie inférieure

de cet organe, qui, à mesure qu'elle s'accroît, pousse au-dessous d'elle, en la renversant, l'extrémité du vagin. Aussi, dans cette espèce de chute, qui est une des plus fréquentes, on trouve presque constamment le corps utérin encore contenu dans le bassin. C'est aussi cette espèce qu'on rencontre le plus souvent chez les femmes du peuple, et plus particulièrement chez les blanchisseuses et les journalières, qui, par nécessité, reprennent leurs travaux peu de temps après l'accouchement, travaillent dans une position verticale, et font continuellement des efforts qui ébranlent, secouent et irritent l'organe gestateur. De ces fâcheuses circonstances résultent non-seulement une plus grande activité dans la circulation artérielle de l'utérus, mais une gêne, un embarras, un véritable engouement dans les circulations veineuse et lymphatique de cette partie, qui reste dans l'état de développement anormal où elle se trouvait, lorsque la femme a repris intempestivement ses travaux, ou devient lentement et graduellement le siége d'un engorgement et d'une hypertrophie qui occupent tout naturellement la moitié inférieure de l'organe qui n'est plus soutenue ni comprimée, comme à l'état normal, mais se trouve placée au centre d'une espèce de vide qu'elle tend à remplir. Au contraire, ce mouvement hypertrophique se manifeste beaucoup plus difficilement sur le corps de l'utérus, qui continue à être entouré, maintenu et comprimé par les viscères et les contractions abdominales, ce qui y facilite les circulations veineuse et lymphatique. Et lors même que cette hypernutrition existe sur le corps et que l'allongement siége sur la totalité de l'organe, c'est encore le col qui est obligé de se porter au dehors, le corps ne pouvant subir qu'avec difficulté un mouvement ascensionnel, non seulement à cause des obstacles qu'il est obligé de surmonter, mais aussi à cause de la position verticale qu'observent longtemps ces malades et des efforts répétés auxquels elles se livrent.

Il se passe presque ici sous les enveloppes pelviennes ce que l'on voit tous les jours à l'extrémité des membres abdominaux lorsque, les circulations veineuse et lymphatique étant gênées, les individus continuent à travailler debout : la peau et le tissu cellulaire s'épaississent, s'indurent et s'hypertrophient ; il n'est pas jusqu'aux artères, au périoste et aux os, qui ne se ressentent de cette plus grande activité de la nutrition. Ce développement hypertrophique de l'utérus est d'autant plus fréquent chez ces femmes que, très souvent, par suite des impru-

dences qu'elles commettent et des mauvaises conditions dans lesquelles leur profession les placent, elles sont souvent atteintes de métrites aiguës ou chroniques qui laissent après elles de l'engorgement et de l'hypernutrition.

Et qu'on ne pense pas, comme on nous l'a déjà objecté sans aucune preuve, que cet allongement soit consécutif à la précipitation de l'organe, et qu'il ne soit qu'une conséquence de cette position vicieuse, car on le rencontre presque toujours dans le second degré de la maladie que l'on désigne sous le nom de *descente*. Je ne saurais dire combien de fois j'ai observé ce fait, tant il est fréquent. C'est ce qui avait lieu sur l'utérus qu'a fait représenter M. Becquerel dans la figure 2 de la planche VI de son atlas ; cependant, ce fait est rapporté si laconiquement, qu'il ne m'est pas bien démontré que la descente ait été la conséquence de l'allongement de la portion sus-vaginale du col. Je crois plutôt que l'abaissement du museau de tanche vers la vulve et l'allongement de la portion sus-vaginale étaient produits par la tumeur volumineuse, qui adhérait à la partie postérieure et latérale gauche du corps de l'organe.

De plus, pour admettre, avec Dugès et Boivin (1), que cet agrandissement longitudinal soit un phénomène consécutif de la chute complète de l'utérus, il faudrait supposer que cet organe, après avoir entièrement abandonné le bassin, serait rentré graduellement par son extrémité supérieure (corps) dans cette cavité, pendant que par son extrémité inférieure (col) il s'en serait éloigné de plus en plus, ou exécuterait ce mouvement d'élévation du corps, lorsque la tumeur serait arrivée à son apogée de développement et le vagin complétement renversé au point de ne plus pouvoir céder. Mais le plus simple examen des faits et leur étude suivie prouvent que les choses ne se passent pas ainsi. Au reste, cet allongement hypertrophique, fût-il quelquefois consécutif, qu'il n'en serait pas moins le caractère principal de la maladie et le plus grand obstacle à sa guérison.

Faut-il, avec M. Cruveilhier, l'attribuer à une action toute mécanique, à la traction que le vagin exerce de haut en bas sur le col? Non, car cet allongement tout physique ne pourrait exister qu'autant que l'utérus serait préalablement ramolli, et nous l'avons souvent observé sans ra-

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833.

mollissement utérin; — non, car s'il en était ainsi, le volume du col serait toujours considérablement réduit, tandis que souvent ce volume est resté le même qu'à l'état normal ou est augmenté; — non, parce que, quand le col s'est précipité suivant le second mode, en refoulant le vagin de haut en bas, cas dans lequel ce conduit n'a exercé aucune traction sur lui, on trouve cet allongement hypertrophique; — non, car si cet allongement était le résultat d'une simple traction et non d'une sorte de végétation, d'une hypernutrition, il ne se serait opéré qu'après que le corps de l'organe eût été aussi abaissée que possible et eût glissé de haut en bas sur la face postérieure de la vessie; or, le corps de l'utérus occupe presque la même hauteur, et le cul-de-sac utéro-vésical, qui devrait, dans cette hypothèse, être raccourci, a conservé sa hauteur ou sa profondeur normale; quelquefois même elle est plus considérable; — non, parce que, si nous invoquons l'analogie, nous voyons qu'elle est contraire à cette opinion. On ne dira pas, je pense, que l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale est opéré par la traction du vagin, puisqu'elle existe au-dessous de l'insertion de ce conduit. Pourquoi la portion sus-vaginale ne s'hypertrophierait et ne s'allongerait-elle pas aussi sans traction? Non, parce que sur une jeune fille de seize ans qui portait un prolapsus utérin volumineux, et dont elle était atteinte depuis l'âge de neuf ans, j'ai également constaté cet allongement, qu'on ne pouvait, dans ce cas, attribuer aux tractions opérées par le vagin, consécutivement à la chute de ce conduit, à une cystocèle, à une rectocèle, ou à un agrandissement préalable de l'ouverture vulvaire qui eût permis à toutes les parties comprises entre cette ouverture et l'utérus de se précipiter au dehors et d'entraîner le col à leur suite; — non, enfin, car s'il en était ainsi, le phénomène que je vais décrire, dont j'ai déjà parlé et que j'ai observé plusieurs fois, ne se rencontrerait jamais.

Chez les femmes atteintes d'un allongement hypertrophique et d'une chute du col avec renversement complet du vagin, une fois que les parois de ce conduit ont descendu et cédé autant que leur élasticité le permet, si ces femmes continuent à fatiguer, à rester debout et à faire des efforts fréquents, le corps de l'utérus, encore placé dans le bassin, supporte la résultante des efforts, tend à descendre davantage et à s'échapper de la cavité pelvienne; mais comme les parois du vagin ne peuvent plus céder, ce sont les lèvres de l'ouverture du col qui s'élar-

gissent, s'écartent, se renversent de dedans en dehors en s'épanouissant, et peu à peu la partie inférieure de la cavité utérine se renverse aussi de dedans en dehors et de bas en haut. Il se fait ainsi un renversement de l'utérus, une sorte d'extroversion qui ne diffère de l'introversion ordinaire qu'en ce que celle-ci s'opère du fond de l'utérus vers le col, tandis que celle qui nous occupe s'opère du col vers le fond : c'est le doigt de gant qui, au lieu de se renverser de son sommet à sa base, se renverse de celle-ci à son sommet. Or, croit-on que cette extroversion, qui a été également observée et décrite par Scanzoni (1) sous le nom d'*inversion du col*, pourrait s'opérer si la partie sus-vaginale eût été allongée, amincie et effilée par des tractions réitérées du vagin? Non, sans doute; sous cette pression du corps, elle se fût tassée, affaissée sur elle-même et infléchie, et n'eût pas transmis à la portion sous-vaginale la force nécessaire à son renversement. Au reste, ces tractions opérées de haut en bas par le vagin seraient plus aptes à rétrécir le museau de tanche et son orifice qu'à les élargir et les épanouir.

L'explication de M. Cruveilhier, qui avait déjà été donnée par Morgagni et par Dance, ne convient que pour les cas exceptionnels dans lesquels l'utérus est tout à la fois ramolli et entraîné par le vagin. Notez qu'il faut encore, pour que ce mode d'allongement se produise, que le corps de l'organe soit maintenu à sa place par l'intégrité absolue de ses liens, par des adhérences pathologiques ou par quelque tumeur; autrement, il suivrait le col, et celui-ci ne s'allongerait pas. C'est certainement ainsi, par traction et par pression, que s'est allongé le col utérin représenté par M. Becquerel; ce qui le prouve, ce n'est pas seulement, comme je le disais il n'y a qu'un instant, la présence de la tumeur, mais l'extrême amincissement des parois du col, qui n'avaient qu'une épaisseur de 3 millimètres. Ces sortes d'élongations ne peuvent véritablement pas être rangées parmi les allongements hypertrophiques, et nous avons pris soin, au commencement de ce travail, de dire qu'il ne fallait pas les confondre avec eux; aussi dans nos considérations historiques avons nous rejeté le premier cas d'élongation qui se trouve rapporté dans l'ouvrage de M. Cruveilhier.

(1) *Traité des maladies des organes sexuels de la femme.* Paris 1858.

CHAPITRE V.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE L'UTÉRUS ET DE SES PRINCIPALES COMPLICATIONS. — OPÉRATIONS CHIRURGICALES QUE RÉCLAME LA CURE RADICALE DE CES AFFECTIONS.

De l'aveu de tous les cliniciens et des praticiens les plus expérimentés sur le sujet qui nous occupe, la précipitation de l'utérus (je ne dis pas l'abaissement ou la descente) est une affection difficilement et très rarement curable. Cependant il faut le dire, si, jusqu'à ce jour, la plupart des nombreux moyens qui ont été employés pour guérir les maladies désignées sous le nom de prolapsus utérin ont le plus ordinairement échoué, c'est parce qu'on a considéré comme une seule affection un ensemble, une collection de lésions différentes, dont la chute de la matrice n'était que l'une des expressions symptomatiques la plus évidente; c'est que cet état complexe est lui-même dans le plus grand nombre de cas la conséquence de l'action réunie de plusieurs causes, et que le plus souvent on a dirigé l'action thérapeutique contre la lésion la plus manifeste, la chute de l'utérus, et contre la cause qui paraissait être la plus fréquente et presque l'unique, le relâchement des parties qui environnent l'organe gestateur, négligeant ainsi de combattre les autres lésions et les autres causes qui les avaient amenées; c'est parce qu'enfin, et surtout jusqu'à présent, on avait confondu l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginal du col, et sa sortie accompagnée du renversement du vagin, avec la chute complète de la matrice: allongement et chute du col qui nécessitent l'emploi de moyens le plus souvent très différents de ceux que réclame la véritable chute de l'utérus. Et comme cette dernière est beaucoup plus rare que la première, il en est résulté qu'on devait très fréquemment échouer; et c'est en effet ce qui a eu lieu.

Je passerai sous silence, et à dessein, l'examen des différentes méthodes, des divers procédés qui ont été employés contre la véritable chute de la matrice, pour ne m'occuper que du traitement de l'allongement hypertrophique qui simule cette affection. D'ailleurs la revue de ces moyens qui n'apprendrait rien ou très peu de chose au lecteur, aurait encore le grave inconvénient d'allonger ce travail, qui a déjà pris des

proportions beaucoup plus considérables que celles que je m'étais proposées.

Une des premières conditions à remplir, c'est de rechercher si, parmi les causes qui ont pu déterminer le développement de la maladie, il n'en existe pas encore dont l'action continue à s'exercer et qui viendrait entraver les efforts curatifs. Il faut changer, si faire se peut, la profession de la malade, si elle est une de celles qui concourent à la manifestation de son affection ; faire cesser les efforts, la position verticale ; modifier les habitudes, la constitution ; rendre, si l'on peut, aux parties qui entourent l'utérus et le soutiennent, leur fermeté, leur élasticité, leur contractilité, à l'aide de remèdes toniques et astringents : lotions, injections, bains salés, ferrugineux, sulfureux, hydrothérapiques. Si l'hypertrophie est peu considérable, et si elle paraît être la suite d'une chute du vagin, d'une cystocèle ou d'une rectocèle, c'est d'abord ces affections qu'il faut combattre. Dans le cas contraire, c'est l'hypertrophie qu'il faut attaquer la première, bien qu'elle soit consécutive; si on ne la faisait pas d'abord disparaître, elle s'opposerait à la réussite du traitement dirigé contre les autres affections.

S'il existe une inflammation, un engorgement de l'utérus, soit à titre de cause ou de complication, ils devront être combattus ; il en sera de même de l'hypertrophie de l'organe qui constitue la première et la principale lésion parmi l'ensemble de celles qu'on a sous les yeux. On mettra la malade dans une position horizontale, le bassin plus élevé que le reste du corps; on administrera l'iodure de potassium, le seigle ergoté et ses préparations ; des lavements froids (qui seront conservés) une ou deux fois par jour ; on fera pratiquer des frictions sur le bas-ventre et autour des parties sexuelles avec des pommades fondantes ; on aura de temps en temps recours, si besoin est, aux petites saignées dérivatives et même à la cautérisation avec le fer rouge de la portion sous-vaginale du col, si cette partie est le siége d'une hypertrophie excentrique.

C'est surtout dans l'allongement et la chute consécutive qui ont promptement suivi un accouchement à la suite duquel la malade s'est levée trop tôt, a repris ses travaux avant que l'utérus ait recouvré ses dimensions normales, que ces moyens réussissent.

Mais disons-le, malgré l'emploi le mieux entendu des moyens médicaux qui devront presque toujours être mis en usage les premiers, l'al-

longement hypertrophique, la chute du col et le renversement du vagin qui en sont la conséquence, persévèrent le plus souvent, et l'on est obligé, dans un grand nombre de cas, d'avoir recours aux moyens chirurgicaux.

Lorsque l'allongement n'est pas très étendu, qu'il n'est que de 2 ou 3 centimètres, par exemple, que l'extrémité supérieure du vagin est seule renversée, et que l'ensemble de la tumeur ne dépasse l'ouverture vulvaire que de 4 à 5 centimètres, quand la femme est debout ou fait des efforts, le col de l'utérus et le vagin peuvent en général être réduits et maintenus par l'une des nombreuses variétés de pessaires qui sont à notre disposition. Par réduction, nous ne voulons pas dire que l'utérus et l'extrémité supérieure du vagin seront toujours replacés et maintenus à leur position et à leur hauteur normales, mais bien replacés et maintenus dans le bassin sans grands inconvénients, douleurs ni accidents. Vouloir obtenir plus, ce serait s'exposer inutilement à faire naître ceux-ci ; aussi doit-on, dans ce cas, mettre de côté les pessaires en bondon ou élytroïdes qui refouleraient trop l'utérus, comprimeraient le col et distendraient longitudinalement le vagin outre mesure. Les pessaires peu épais, placés à plat, comme les pessaires en gimblette ou mieux les pessaires ovalaires ou en huit de chiffre, qui prennent leur appui sur les parties latérales de l'extrémité inférieure du vagin et du plancher du bassin, sans comprimer le rectum ni la vessie, doivent être préférés. Ce sont au reste les seuls qui, dans beaucoup de cas de ce genre, peuvent être endurés. Malheureusement il arrive souvent qu'ils ne peuvent être maintenus dans les organes, faute de point d'appui, par suite de l'agrandissement considérable du diamètre transversal de l'ouverture du vagin, dont les parties latérales sont refoulées contre les branches ascendantes des ischions. Si ce léger allongement et ce demi-renversement du vagin coïncident avec un commencement de rectocèle ou de cystocèle, le pessaire en pelle (palaforme), si heureusement rappelé par notre savant collègue M. Hervez de Chégoin, peut être très utile ; j'ai même vu, dans deux cas de ce genre, le pessaire élytroïde inventé par M. le professeur Cloquet réussir : mais il faut, comme cela avait lieu chez nos deux malades, que l'ouverture vulvaire ne soit pas trop large, que la paroi postérieure du vagin et le cul-de-sac postérieur utéro-vaginal remontent plus haut, soient plus lâches qu'à l'état normal,

et que l'extrémité supérieure de l'instrument s'engage dans ce cul-de-sac, derrière le col qui passe au-devant de la cuvette sur laquelle il repose dans les cas ordinaires. Dans le cas qui nous occupe, le pessaire élytroïde, en même temps qu'il soutient la paroi antérieure du rectum, reporte en avant et en haut le col de l'utérus, et s'oppose même de la sorte à une descente de la paroi antérieure du vagin et du fond de la vessie sans exercer de pression douloureuse sur la matrice. Si, bien que l'allongement soit beaucoup plus considérable et que le vagin soit complétement ou presque complétement renversé et prolapsé, il est possible de réduire les parties et de les maintenir avec un pessaire sans inconvénient sérieux et sans accident, on devra le faire, la malade dût-elle porter cet instrument toute sa vie, et toute idée d'une opération sanglante sera rejetée. On se conduira de même si les malades, ne pouvant supporter aucune espèce de pessaire, les parties prolapsées peuvent être remontées jusqu'au-dessus de l'ouverture vulvaire, et maintenues en ce point par une plaque ovalaire soutenue par des courroies élastiques ou montée sur un ressort d'acier fixé lui-même sur une ceinture.

Malheureusement, la présence et la pression de cette plaque contre les organes sexuels ne peuvent guère être supportées que par les personnes aisées qui fatiguent peu, se reposent lorsqu'elles le veulent et prennent la position qui leur est la plus convenable. Chez les femmes du peuple, au contraire, qui fatiguent continuellement, souvent travaillent debout, se livrent à de fréquents efforts, comme les blanchisseuses, les journalières, les domestiques, il arrive souvent que cette plaque ne puisse être supportée, parce que, pour maintenir les parties, il faut la serrer beaucoup plus que chez les femmes du monde, et que cette pression finit par causer une gêne ou une douleur intolérable. Quelquefois même il arrive, bien que la plaque soit serrée, que l'utérus, qui représente une longue tige pyramidale dont la base est dirigée vers l'abdomen et supporte une grande pression, s'échappe sur l'un des côtés de l'instrument, qui ne peut jamais avoir beaucoup de largeur.

Indépendamment de ces graves inconvénients, il arrive fréquemment que les femmes sont obligées d'y renoncer, parce qu'il retient contre les organes tous les liquides utéro-vaginaux; qu'il provoque même une hypersécrétion des appareils sécréteurs vagino-vulvaires; qu'il agace, irrite, enflamme les parties et devient la cause du développement d'une

foule d'affections, telles qu'érythème, eczéma, herpès, ecthyma, folliculites, etc., et cela même chez les femmes les plus soigneuses. Un simple chauffoir qui serait bien maintenu et changé tous les jours aurait souvent moins d'inconvénients.

Si donc les moyens médicaux ont été inutiles, si les pessaires et la plaque sous-pelvienne n'ont pu maintenir les organes ou être endurés, il ne reste plus à offrir aux malheureuses femmes qui sont atteintes de cette affection, lorsqu'elle compromet leurs moyens d'existence ou leur vie, qu'un moyen chirurgical plus énergique et plus approprié à la nature de la maladie. Mais lequel? *L'ablation de la totalité de l'utérus?* Dieu nous garde d'avoir jamais recours à une semblable opération pour une maladie qui, en général, laisse vivre la femme. Pourquoi, d'ailleurs, enlever tout l'organe lorsque sa partie la moins importante, la plus facile à atteindre, est seule malade et que l'affection n'est pas de nature à envahir les parties voisines ni le reste de l'économie? Autant vaudrait désarticuler la cuisse pour une simple lésion du pied ou de la jambe. Aura-t-on recours au *rétrécissement du vagin* par les caustiques, l'excision, les pinces de M. Desgranges? à *celui de la vulve* par la cautérisation ou l'excision et la suture inventées et pratiquées par Fricke, et qu'il a désignées sous le nom d'épisioraphie? Mais qui ne sait que toutes ces méthodes et que tous ces procédés opératoires, après avoir eu une certaine vogue, ont été abandonnés à cause de leur infidélité? Les cas exceptionnels dans lesquels ils ont eu un succès définitif n'étaient probablement que des chutes de l'utérus sans allongement hypertrophique et sans augmentation du poids de l'organe, chutes qui devaient dépendre d'un relâchement et d'un agrandissement considérable du vagin ou de la vulve. On conçoit alors que le rétrécissement ou l'adhérence plus ou moins étendue de ces parties ait pu opposer une digue suffisante à une nouvelle chute de l'utérus, qui ne s'était porté au dehors que parce qu'il n'était plus soutenu ou même parce qu'il était attiré hors du bassin par les parois vaginales prolapsées. Aussi nous pensons que ces deux opérations, le rétrécissement du vagin et celui de la vulve, doivent rester dans l'art pour les chutes qui existent sans allongement considérable de l'organe, et qui sont consécutives à un relâchement, à un agrandissement du vagin et de la vulve, ou bien à une rectocèle ou à une cystocèle. Ces deux opérations ont chacune leurs indications particulières et

ne doivent pas être indifféremment appliquées. C'est probablement aussi faute d'avoir su distinguer les cas dans lesquels chacune d'elles doit être pratiquée qu'on les a vues si souvent échouer. Employées contre l'allongement hypertrophique, que celui-ci soit primitif ou consécutif, elles doivent nécessairement et rigoureusement échouer, soit tout de suite, soit ultérieurement. Dans ce cas, en effet, lorsque l'on réduit la tumeur, et ce n'est pas toujours possible, on remonte dans le bassin la portion de la matrice saillante au dehors, et l'on substitue un déplacement à un autre en sens inverse. On fait, à la vérité, rentrer le col utérin dans l'excavation de la cavité pelvienne; mais on en fait sortir le corps de l'organe en le remontant et le refoulant dans la cavité du grand bassin ou dans celle de l'abdomen, si toutefois la laxité des ligaments, la résistance des parties environnantes et l'absence d'adhérences aux parties voisines le permettent; autrement on produit infailliblement une anté-, une rétro- ou une latéro-flexion, une anté-, une rétro- ou une latéro-version; d'où une foule de malaises, d'incommodités et quelquefois même des accidents dont les praticiens se sont mal rendu compte, ignorant l'allongement considérable qu'a éprouvé l'utérus. En admettant que ces inconvénients ou accidents ne se manifestent pas, on n'en a pas moins changé la situation, la direction générale et souvent la direction particulière de chacune des deux parties principales de l'organe gestateur qui déplace, comprime les viscères qui l'entourent, les sollicite à réagir contre lui pour le replacer dans sa position et sa direction naturelles: ce qui ne peut avoir lieu sans repousser le col utérin contre les parties qui viennent d'être avivées et cousues, et sans empêcher leur réunion immédiate, et cela sans parler de l'excédant de son poids, de sa forme cunéenne ou pyramidale renversée, qui tendent sans cesse à porter l'organe au dehors et à lui faire dilater et franchir la partie du conduit vulvo-utérin qui avait été rétrécie par l'opération, lorsqu'à l'aide de précautions et de soins elle avait d'abord réussi. Cette pression lente et continue du sommet de l'organe sur la partie rétrécie du vagin ou de la vulve est si énergique, qu'on a vu les lèvres de celle-ci se déplisser, s'allonger et former une seconde enveloppe au col de l'utérus, qui finissait à la longue par passer à travers la petite ouverture qui avait été ménagée par l'opérateur. Cette pression est, en effet, en raison directe de l'excès de la longueur et du volume de l'organe, pourvu que ce

volume reste au-dessous du diamètre du détroit supérieur du bassin ; autrement il se passerait ici ce qui se passe dans la grossesse et dans certaines maladies de l'utérus, c'est-à-dire que la matrice, qui avait d'abord été abaissée sous l'influence de l'augmentation de son poids et de son volume, s'élève, s'éloigne de l'ouverture vulvaire lorsque ses dimensions ne lui permettent plus de rester dans l'excavation pelvienne et l'obligent à passer au-dessus du détroit supérieur, qui lui offre alors un point d'appui solide.

Devra-t-on à l'élytroraphie ajouter l'excision du museau de tanche, comme paraît l'avoir fait avec succès, d'après M. Fontan, le docteur Chaumet (de Bordeaux), qui, après avoir enlevé une lanière latérale et longitudinale du vagin, excisa la portion sous-vaginale du col ? Cette opération, un peu plus rationnelle que les précédentes, peut parfaitement convenir pour une simple chute de l'utérus sans dilatation considérable du vagin ; mais elle serait insuffisante pour un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale avec précipitation de cette partie.

Vidal (de Cassis), en démontrant, dans son *Traité de pathologie externe* (1), l'inefficacité des opérations que nous venons d'indiquer, dit : « Je concevrais plutôt des chirurgiens qui s'adresseraient directement à » la matrice, et qui, la trouvant hypertrophiée, lui feraient éprouver une » perte de substance plus ou moins considérable : elle serait alors moins » lourde et moins disposée, par conséquent, à tomber. La pensée peut » aller jusqu'à une pareille opération, la pratique doit toujours s'en » abstenir. » Si Vidal eût connu l'allongement du col, le rôle important qu'il joue dans le plus grand nombre des affections désignées sous le nom de prolapsus utérin, et les obstacles qu'il apporte à la guérison, il n'eût certainement pas hésité à proposer l'opération dont nous parlerons plus bas. Mais comment l'eût-il conçue et exécutée? Jusqu'où eût-il porté l'excision de l'utérus? l'eût-il fait porter aussi sur le vagin? Ce sont là autant de questions auxquelles il est impossible de répondre, parce que Vidal n'avait entrevu qu'une des nombreuses indications à remplir : diminuer le poids de l'organe, afin qu'il fût *moins disposé à tomber*.

(1) Tome V, page 384 (Paris, 1855).

Dans l'allongement hypertrophique de l'utérus, accompagné de la précipitation du col et du renversement du vagin au point de simuler une chute complète de l'organe gestateur, les indications thérapeutiques à remplir sont presque aussi nombreuses et aussi variées que les lésions dont l'ensemble constitue la maladie.

Lorsque, d'après l'avis de presque tous les auteurs, on commence par réduire et par chercher à maintenir réduit un utérus ainsi hypertrophié, que l'on a cru complétement et seulement prolapsé, on ne remplit aucune des véritables indications réclamées par la nature de la maladie. Aussi arrive-t-il souvent que la réduction ne puisse être ostensiblement obtenue pour personne, ou bien lorsqu'on croit l'avoir obtenue, on a tout simplement replacé l'utérus à l'intérieur, mais dans une situation et une direction vicieuses ; et il arrive plus fréquemment encore que cette mauvaise réduction ne puisse être maintenue à cause de l'imperfection des moyens contentifs ou des accidents plus ou moins sérieux qui en sont la conséquence, accidents qui se manifestent immédiatement ou quelque temps après, et qui exigent qu'on laisse ressortir la tumeur. Les ouvrages les plus répandus sont pleins de faits semblables que les auteurs n'ont pas su expliquer et auxquels ils n'ont rien su opposer.

Dans cette affection, après s'être occupé du traitement étiologique et médical, ainsi que des principales complications qui peuvent entraver la guérison, il faut appliquer le moyen chirurgical qui remplira le plus grand nombre des indications que réclame l'état anatomo-pathologique des parties, et qui sont :

1° A part les exceptions que j'ai indiquées plus haut, pages 420 et 421, de ne pas réduire un utérus qui, par ses dimensions anormales, est devenu pour la cavité pelvi-abdominale un véritable corps étranger auquel il faut donner une nouvelle place, au préjudice des autres organes et souvent même au préjudice de ses propres fonctions, lorsqu'on est obligé de le courber ou de le dévier pour le faire rentrer;

2° D'alléger l'organe de l'excès de son poids;

3° D'enlever la longueur anormale qu'il présente;

4° D'amener, si faire se peut, par l'action consécutive du même moyen, la réduction des autres diamètres de l'utérus;

5° De diminuer circulairement les dimensions de l'extrémité supé-

rieure du vagin, afin d'obtenir un rétrécissement circulaire régulier non interrompu (sorte de pessaire en gimblette) qui maintienne la matrice au-dessus de lui ;

6° D'affaiblir la traction que la base de la vessie et la paroi antérieure du rectum exercent sur le vagin, et en vertu de laquelle celui-ci attire l'utérus au dehors. Il ne faut pas oublier que, dans ce cas, il y a toujours complication de cystocèle et souvent de rectocèle, soit primitive, soit consécutive;

7° De tonifier et de rétrécir l'ouverture de la vulve, qui est en général affaiblie et élargie;

8° Je ne parle pas de l'indication de fortifier et même de raccourcir, s'il était possible, les liens de l'utérus, puisqu'à la médecine seule appartient cette tâche si difficile à remplir, pour ne pas dire impossible. Je l'ai, au reste, signalée au commencement de ce chapitre (1).

Ces indications sont, comme on le voit, très nombreuses, trop nombreuses même, pour qu'aucune opération chirurgicale, aussi bien combinée qu'elle soit, puisse les remplir toutes, et il faut convenir que ni les moyens ni les procédés opératoires qui ont été inventés et appliqués jusqu'à ce jour, et qui pour la plupart s'adressent uniquement à la vulve ou au vagin, sont incapables de remplir, je ne dis pas l'ensemble de ces indications, mais les principales. Aussi ne réussirent-ils que dans quelques cas exceptionnels où le chirurgien avait affaire à une simple chute de l'utérus sans allongement de cet organe.

C'est en face de cette nécessité de trouver une méthode mieux appropriée à la nature de la maladie, et encouragé, enhardi je devrais dire, par les avantages que j'avais obtenus de la résection de la portion sous-vaginale du col dans la première espèce d'hypertrophie, que je songeai à pratiquer une opération plus radicale et plus complète, qui non-seulement attaquerait le mal dans sa source, mais encore remédierait à la plupart des autres lésions et complications qui l'accompagnent, opération qui consisterait à enlever avec l'extrémité supérieure du vagin la totalité de la hauteur du col et au besoin la partie inférieure du corps

(1) Je prie le lecteur de se rappeler que je pose ici les indications que présente l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, accompagné de renversement du vagin, et non celles d'une simple chute de la matrice.

de l'utérus, en l'évidant de dehors en dedans après avoir préalablement décollé la vessie de la partie qui doit être enlevée.

Par le fait même de l'exécution de cette opération, les trois premières indications sont de suite remplies.

La quatrième, qui consiste dans la réduction des autres diamètres de l'organe, est accomplie graduellement et lentement par le dégorgement, la suppuration, le retrait et la cicatrisation de la partie inférieure du corps de l'utérus. Il se passe ici ce que l'on voit arriver tous les jours à la portion d'un membre que l'on ampute dans la continuité. Ce retrait graduel du volume de l'organe a encore pour avantage non-seulement de diminuer son poids, mais de le rendre moins accessible aux efforts d'expulsion en diminuant l'étendue de sa surface.

La cinquième indication est parfaitement et ultérieurement accomplie par la cicatrisation de la plaie circulaire non interrompue faite au vagin et le retrait consécutif de la cicatrice, qui fronce, comme l'entrée d'une bourse, la partie supérieure de ce conduit.

Lorsque la cystocèle et la rectocèle sont consécutives, la sixième indication, qui est de remédier à ces affections, se trouve remplie par l'ablation du col et la réduction toujours possible alors du reste de la tumeur.

Cette opération n'a, au contraire, qu'une influence médiocre sur ces deux affections lorsqu'elles sont primitives et ont été en partie cause de l'allongement et de la chute du col. Il faut alors diriger contre elles un traitement spécial; mais ce traitement ne saurait complétement réussir si préalablement on n'a pas enlevé l'excès de la longueur du col: c'est ce qui nous est arrivé de faire deux fois avec succès (obs. XXX et XXXI).

La septième et dernière, qui est de rétrécir la vulve et l'extrémité inférieure du vagin, échappe seule à l'opération; mais elle est, dans ce cas, d'une faible importance, puisque l'expérience nous a démontré un grand nombre de fois déjà que, quand les autres conditions étaient remplies, l'utérus et le vagin ne se précipitaient plus au dehors. On pourrait, au reste, pratiquer ultérieurement l'épisiorrhaphie si l'utérus avait de la tendance à se porter au dehors.

Mais, dira-t-on, tout en reconnaissant que votre opération remplit la plupart des conditions nécessaires pour obtenir la guérison de cette maladie, c'est là un acte chirurgical exagéré, grave même, employé contre une infirmité parfaitement compatible avec la vie. En décollant

la vessie vous pouvez ouvrir ce réservoir, blesser l'un des uretères; vous pouvez, en détachant la paroi postérieure du vagin de la partie correspondante du col, ouvrir le péritoine; il peut survenir une hémorrhagie, une métrite, une péritonite, un phlegmon des ligaments larges, une phlébite, une angioleucite, une infection purulente, etc. Nous comprenons parfaitement que tous ces accidents, à la rigueur, puissent avoir lieu, et nous nous sommes fait à nous-même ces objections que les faits nous ont démontré être plus spécieuses que solides.

Et d'abord, cette affection n'est-elle le plus souvent qu'une simple infirmité comparable à une hernie ordinaire, par exemple, ou même à une hernie irréductible non étranglée? Oui, jusqu'à un certain point, chez les femmes du monde qui peuvent prendre tous les soins hygiéniques nécessaires, qui peuvent se dispenser de travailler, et, en général, peuvent maintenir la tumeur réduite. Mais chez la femme du peuple, ou même chez celle d'un artisan aisé, mère de famille, qui est obligée de donner l'exemple du travail, appellerez-vous infirmité une tumeur qui l'empêche de gagner sa vie; qui, au bout d'un certain temps, ne peut plus être réduite, ou qui, si elle peut l'être, ne peut être maintenue si cette femme s'occupe? Appellerez-vous infirmité la présence entre les cuisses d'une tumeur qui la gêne, l'embarrasse, la fait souffrir dans le plus simple mouvement du corps, qui l'oblige à prendre une position très fatiguante et non naturelle qui décèle aux yeux de tous son affection? qui quelquefois, lorsque la malade est debout depuis un certain temps, lui cause des douleurs qui vont jusqu'à la syncope; qui trouble la défécation, la miction, qui est une cause assez fréquente de rétention d'urine ou d'incontinence? Dans ce dernier cas, l'affection est plus grave qu'une simple fistule vésico-vaginale, car avec l'écoulement permanent de l'urine, la malade a encore à supporter tous les autres inconvénients et accidents de sa tumeur. Et cependant, dans certains cas de fistule, M. Jobert n'a pas craint, et avec raison, de décoller la vessie de l'utérus pour remédier à cette dégoûtante affection (1). Enfin, oublie-t-on que cet état est souvent accompagné de métrorrhagies plus ou moins abondantes et rebelles, de troubles graves dans les fonctions du tube digestif; que la tumeur est parfois très douloureuse; que, souillée par les urines et les matières fécales, irritée par les frottements

(1) *Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849, t. II. — *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, etc.*, Paris, 1852.

et les froissements de tous genres, elle s'enflamme et se couvre dans les deux tiers des cas d'ulcérations plus ou moins nombreuses et étendues? Sur nos 64 malades, 46 avaient des ulcérations sur la tumeur, et dans les auteurs où des cas de précipitation ont été rapportés avec soin, on voit que presque constamment la tumeur était ulcérée.

Mais ce n'est pas tout : ces malheureuses femmes sont exposées à voir des calculs urinaires se développer dans la portion de la vessie entraînée par l'utérus. Nous allons en citer plusieurs exemples.

Ruysch rapporte avec détail l'observation d'une femme dont la vessie renfermait quarante-deux calculs (1).

Saviard rapporte qu'au mois d'octobre 1692 il trouva une grosse pierre dans la vessie d'une fille âgée de vingt-cinq ans qui était atteinte depuis douze ans d'une chute de matrice. Il opéra et guérit la malade (2).

Colot a retiré cinq calculs de la vessie et a ensuite réduit l'utérus : la guérison eut lieu en huit jours (3).

Gaubius (4) rapporte l'observation d'une fille de vingt-huit ans, atteinte depuis plusieurs années d'un prolapsus de la matrice, qui rendit spontanément et à plusieurs reprises des calculs par sa tumeur. M. Gosselin, qui a rappelé ce cas, ne doute pas qu'ils ne vinssent de la vessie.

Levret, dans son *Traité des polypes*, p. 142, après avoir rapporté un exemple de chute de la matrice avec renversement, dit : « La vessie ressemblait assez à une petite gourde ou calebasse. La portion qui était dans le sac *était tapissée d'une grande quantité d'incrustations pierreuses très friables....* »

M. le professeur J. Cloquet, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité, en a rapporté un cas; il y avait deux calculs.

Dugès et madame Boivin (5) en ont rapporté un exemple. Il y avait plusieurs petits calculs.

M. Cruveilhier dit : « qu'il a rencontré plusieurs fois des calculs urinaires dans le vaste cul-de-sac formé par la partie déplacée de la vessie (6).

(1) *Observations anat.-chirurg.*, 1.
(2) *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, p. 93.
(3) *Traité de l'opération de la taille*, Paris, 1727.
(4) *Journal de médecine* de Vandermonde, Paris, 1759, t. XI, p. 32.
(5) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1833, t. I.
(6) *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1849, t. I. p. 575.

Blandin, en 1842, a rencontré dans son service de l'Hôtel-Dieu une femme âgée de cinquante et un ans dont la vessie était remplie de calculs et de matière lithique : l'utérus était prolapsé depuis plus de vingt ans (1).

Le musée Dupuytren en renferme un cas très curieux.

M. Morel-Lavallée en a rapporté un autre exemple dans la *Bibliothèque du médecin praticien*. La vessie renfermait trois ou quatre calculs.

Enfin, j'en ai observé un exemple qui sera rapporté plus loin.

Il n'est pas extrêmement rare de voir la gangrène s'emparer de la tumeur, et une fistule urinaire ou la mort en être la conséquence. Toutefois, il peut arriver que cette mortification des tissus ne porte son action que sur le col utérin et sur une partie de l'épaisseur des parois du vagin. Dans ce cas, la guérison peut avoir lieu. C'est ce qui est arrivé l'année dernière (1857) sur une jeune femme de mon service.

Un accident formidable auquel ces malades sont très exposées, et qui souvent leur coûte la vie, est la péritonite aiguë ou chronique qui peut se manifester sous l'influence de la cause la plus légère. Trois malades atteintes de prolapsus du col et de chute du vagin, que j'ai vues promptement succomber à une maladie intercurrente, ont dû toutes les trois leur mort à une péritonite. L'un de nos plus savants collègues des hôpitaux et de l'Académie me disait ces jours derniers qu'il avait perdu une de ses clientes d'une péritonite suraiguë, après avoir réduit et maintenu à l'aide d'un pessaire un prolapsus utérin dont cependant la réduction n'avait été ni difficile, ni douloureuse.

Si, enfin, à ce tableau, que je suis loin d'avoir trop rembruni, car il n'est que l'expression fidèle des faits, on joint le grave inconvénient d'être privée de l'usage de l'appareil sexuel, d'être exposée aux incommodités et accidents que cette continence forcée peut amener, on joint la triste calamité d'être un objet de répulsion et de dégoût pour la personne dans l'intimité de laquelle la femme doit vivre, on comprend son ardent désir d'être débarrassée d'une semblable affection, et qu'il soit du devoir du praticien de ne rien négliger pour rétablir sa santé, pour la mettre à l'abri des accidents les plus graves, tout en la faisant rentrer dans la vie commune.

(1) Observation de M. Ferra, *Bulletin de la Société anatomique*, année 1843.

Cette opération, à laquelle elle devra ce grand avantage, sa régénération, si je puis ainsi dire, est-elle aussi grave et aussi difficile à exécuter qu'on pourrait le croire au premier abord? Non; tous les accidents primitifs ou opératoires, tels que lésion de la vessie, des uretères, du péritoine, hémorrhagies, peuvent être facilement évités avec de l'attention et la connaissance exacte de la disposition anatomo-pathologique des parties. Il ne faut pas oublier que dans ce cas on agit à ciel ouvert, les organes étant placés hors du bassin et sous la main, ce qui rend leur dissection presque aussi sûre que sur le cadavre et permet de lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés. Il n'en serait pas de même s'il fallait pratiquer cette opération dans l'enceinte pelvienne. C'est alors qu'on pourrait dire qu'elle est hérissée de difficultés et de dangers. Mais, exécutée dans les conditions dont nous parlons, il est toujours aisé d'éviter ces accidents opératoires. Quatorze fois déjà j'ai pratiqué cette opération sans avoir blessé ni ouvert aucune des parties environnantes et sans hémorrhagie.

Quant aux accidents consécutifs, tels que métrite et péritonite graves, phlegmons des ligaments larges, phlébite, angioleucite, infection purulente, hémorrhagie secondaire, je ne pense pas qu'il sera toujours aussi facile d'en prévenir le développement; cependant aucune de nos malades n'a été atteinte jusqu'à ce jour de l'une ou de l'autre de ces affections.

Une seule de nos opérées mourut le seizième jour de l'opération d'accidents cérébraux qui nous avaient d'abord fait craindre une infection purulente; mais l'autopsie, faite avec le plus grand soin, démontra que la plaie utéro-vaginale était complétement cicatrisée; qu'il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation aiguë de l'utérus ou de ses annexes, pas plus que de suppuration dans le péritoine ou les vaisseaux veineux et lymphatiques. Elle démontra au contraire l'existence d'une méningo-encéphalite et de deux tubercules dans le lobe antérieur droit du cerveau, qui avaient été cause de la mort. Au reste, afin que le lecteur puisse juger par lui-même, j'ai rapporté avec les plus grands détails cette observation, qui a été recueillie par le docteur Courot, alors interne du service.

Si jusqu'à présent nous avons été assez heureux pour ne pas voir ces accidents consécutifs se manifester, je pense qu'il faut attribuer ce résultat aux précautions que nous avons prises avant l'opération, et aux

soins consécutifs que nous avons donnés nous-même à nos malades. Les précautions qui doivent être prises sont :

1° De choisir un moment opportun. Le plus favorable est évidemment celui qui suit la terminaison des règles ; l'appareil sexuel est alors moins excité et moins congestionné; la malade a devant elle vingt jours au moins de repos utéro-ovarique pendant lesquels la plaie pourra se cicatriser, et les phénomènes du traumatisme se terminer avant la manifestation du molimen menstruel. C'est le plus sûr moyen d'éviter l'hémorrhagie secondaire et même les inflammations ultérieures. Si la malade a eu récemment une inflammation utérine ou péritonéale, il faut attendre que les accidents soient complétement dissipés depuis plusieurs mois avant d'opérer.

2° De soumettre la malade au repos horizontal pendant quelques jours.

3° De la purger l'avant-veille, non-seulement afin de vider le canal intestinal et de laisser ainsi plus d'espace libre dans la cavité abdominale, mais encore d'éviter les efforts de la défécation pendant les dix ou douze premiers jours qui suivront l'opération, ainsi que la compression que le rectum, rempli et dilaté par les matières, pourrait causer sur l'utérus et son appareil vasculaire. J'ai souvent vu des métrorrhagies, qui ne reconnaissaient d'autre cause que cette compression, cesser comme par enchantement après l'évacuation de l'intestin.

4° Et c'est là une des précautions que je regarde comme des plus importantes, de déterminer à la peau, et cela dans une assez vaste étendue, une inflammation éruptive sur les jambes, la partie externe des cuisses et les flancs. On a alors un phénomène physiologico-pathologique qui occupe la nature et s'oppose à la naissance d'une autre inflammation. Cette éruption, cette dermatose aiguë et passagère, qui est très facilement déterminée par quelques gouttes d'huile de croton tiglium, doit être entretenue pendant les vingt ou vingt-cinq premiers jours, sans toutefois la rendre assez intense pour causer des douleurs bien manifestes ou de la fièvre : le but serait alors dépassé.

L'opération ne doit être pratiquée que quand l'éruption commence à se développer.

5° Il est urgent, si surtout on opère en hiver, de tenir chaudement enveloppées les parties du corps qui, pendant l'opération, seront placées hors du lit.

Les appareils instrumental et de pansement se composent :

Le premier, d'une sonde d'homme en argent, d'une pince de Museux ou d'une érigne double, d'un bistouri droit ordinaire, ou mieux d'un bistouri droit étroit et tronqué; de plusieurs pinces à disséquer, de pinces larges à ligature, de pinces porte-épingle et porte-aiguille, d'aiguilles courbes enfilées, d'un ténaculum, ou mieux d'une aiguille courbe à pointe mobile devant servir de ténaculum à demeure; de bonnes et fortes épingles recourbées en hameçon et attachées à l'extrémité d'un fil, d'une pince incisive, de fils à ligature; enfin, d'un écraseur linéaire de M. Chassaignac, si l'on ne veut pas terminer l'opération par l'instrument tranchant.

Le deuxième, d'une grosse mèche en charpie de la longueur du vagin, couverte de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de gomme élastique; un porte-mèche, une sonde de gomme élastique, des plumasseaux de charpie, des compresses, un bandage en T double, de la poudre de colophane, du perchlorure de fer, des boulettes ou de petites éponges munies d'un fil, plusieurs pinceaux de charpie.

Comme cette opération n'est pas très douloureuse lorsqu'elle est exécutée entièrement avec l'instrument tranchant, je pense qu'il vaut mieux se passer du chloroforme et n'avoir recours à ce moyen que quand la malade l'exige ou lorsque l'on doit se servir de l'écraseur.

Cette ablation complète du col s'opère en quatre temps. Dans le premier, on divise les parois postérieures du vagin et de l'utérus jusqu'à la cavité de l'organe; dans le second, on divise la paroi antérieure du vagin et l'on détache le fond de la vessie de la paroi antérieure du col utérin; dans le troisième, on tranche cette paroi antérieure; dans le quatrième, on réduit le reste de la tumeur et on procède au pansement.

Manuel opératoire. — La malade est placée sur un lit de spéculum, ou sur le bord d'un lit ordinaire, les cuisses tenues par deux aides.

Les lignes ponctuées sur la figure 7 de la planche II indiquent le trajet que parcourt, dans cette opération, l'instrument tranchant.

Premier temps. — Le chirurgien, placé en face des organes, saisit fortement, avec une pince de Museux, l'extrémité inférieure du col ou la lèvre postérieure de son ouverture, puis attire modérément la tumeur en haut et en avant comme pour l'amener au-devant du pubis. Cette légère traction a pour effet de tendre la paroi postérieure du vagin, qui se

laisse plus facilement diviser, et elle éloigne les parties sur lesquelles doit porter le tranchant de l'instrument du cul-de-sac postérieur du péritoine. Il confie ensuite cette pince à un aide, qui la maintient dans la même position, puis il introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum pour reconnaître, à travers la paroi antérieure de cet intestin, la situation et la profondeur du cul-de-sac péritonéal. C'est ce doigt qui guide le tranchant du bistouri, c'est la boussole de l'opérateur; c'est lui qui apprend au chirurgien que son instrument s'éloigne ou se rapproche du péritoine, dont on doit éviter la lésion.

Le tout étant ainsi disposé, il divise avec un bistouri la paroi postérieure du vagin à l'aide d'une incision horizontale et semi-lunaire, dont la concavité, dirigée en avant et en haut, embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette incision est pratiquée de la droite à la gauche du col, dans l'insertion même du vagin à cette partie, et doit se tenir dans les limites de cette insertion. Faite sur un autre point, elle exposerait à ouvrir le péritoine ou à laisser une portion de la matrice malade. Elle est donc pratiquée à une distance variable de l'orifice utérin, suivant que la portion sous-vaginale du col a conservé ses dimensions normales, ou bien est le siége d'un engorgement ou d'une hypertrophie excentrique plus ou moins considérable. Dans le premier cas, elle est exécutée à 1 centimètre 1/2 au plus du bord postérieur de l'orifice; dans le second, à 2 ou 3 centimètres. Le tranchant de l'instrument doit être dirigé de bas en haut et d'arrière en avant vers l'axe de la cavité utérine; on est encore plus certain en lui donnant cette direction d'éviter le péritoine. — L'incision doit avoir 3 ou 4 millimètres de profondeur, et doit être exécutée, dans toute sa longueur, qui est de 4 à 5 centimètres, d'un seul coup et sans aucune hésitation. Les autres incisions qui sont faites dans la même direction, mais successivement en remontant et en se portant de plus en plus vers l'axe de la cavité utérine, doivent être exécutées avec plus de lenteur et de ménagement, afin d'éviter plus sûrement l'ouverture du péritoine, et que si, par hasard, elle avait lieu, elle fût de peu d'étendue. Pendant que le chirurgien, avec l'indicateur de la main gauche, introduit médiatement dans le cul-de-sac péritonéal, suit et guide l'action de la lame, et qu'avec le pouce de la même main, resté au dehors, il refoule en haut et en arrière la lèvre, ainsi que le plan postérieur de l'incision, l'aide attire doucement

et graduellement le col en haut et en avant. Bientôt la fermeté des tissus et leur résistance à l'action du tranchant annoncent au chirurgien qu'il est arrivé jusqu'à la substance propre de l'utérus. Dès lors, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal n'est plus à craindre, et l'opérateur peut retirer le doigt de dedans le rectum pour saisir, s'il le juge convenable, le col avec les doigts, et lui imprimer plus facilement que l'aide la direction et le degré de traction nécessaires. Ces dernières incisions doivent être faites hardiment et avec une certaine force à cause de la fermeté du tissu; elles doivent toujours être exécutées de bas en haut et de dehors en dedans, en avançant dans l'épaisseur de la substance utérine jusqu'à ce que la lame arrive dans la cavité de l'organe, ce dont on est averti par le défaut de résistance, par la sensation des doigts qui ont remplacé la pince de Museux, et la vue, lorsque les aides épongent convenablement la plaie. Si les artères sont nombreuses et volumineuses, on les lie à mesure; sinon, après, lorsqu'on est arrivé dans la cavité utérine. Ordinairement, on a deux ou trois ligatures à placer, quelquefois aucune.

On commence l'opération par la division des parois postérieures du vagin et du col : 1° parce que c'est le temps le plus difficile et le plus délicat, celui dans lequel on est le plus exposé à léser le péritoine; 2° parce que si cette lésion avait lieu, on pourrait suspendre l'opération; 3° parce que l'on voit nettement les parties et qu'on est moins gêné par le sang qui viendrait s'épancher sur elles si l'on eût commencé par diviser la paroi antéro-supérieure; 4° enfin parce que, comme dans toute manœuvre chirurgicale qui doit amener la perte d'une assez grande quantité de sang, on doit en général terminer par la division des parties qui renferment le plus de vaisseaux; or, dans la section des parties antérieures et dans le décollement de la vessie, on en divise plus que dans celle de la paroi postérieure.

Deuxième temps. — Cette première partie de l'opération étant exécutée, on passe immédiatement à la seconde. Ici la difficulté ne consiste pas à éviter la lésion du péritoine, mais bien celle de la vessie. Pour éviter cet accident, on introduit une algalie jusqu'au fond du prolongement que cet organe envoie dans la tumeur; puis on soulève et fait saillir cette partie jusqu'à ce qu'elle soit sensible au doigt et à l'œil. Alors le chirurgien confie l'instrument à un aide qui le maintient exactement dans sa position; puis il saisit le bord antérieur de l'ouverture

du col avec la pince de Museux, la confie à un autre aide, fait tirer légèrement le col en bas et en arrière pendant que le cul-de-sac vésical est reporté en haut et en avant. Par ce double mouvement des parties en sens inverse, le prolongement vésical est éloigné du col en même temps que les tissus qui doivent être divisés sont tendus d'avant en arrière. Avec le pouce et l'indicateur de la main gauche placés sur les côtés du bout de la sonde, l'opérateur s'assure de nouveau de la situation exacte du prolongement vésical, en même temps qu'il tend les tissus transversalement.

Toutes ces dispositions et précautions étant prises, il divise, à 1 centimètre environ au-dessous de la saillie formée par le bout de la sonde la paroi antérieure du vagin en pratiquant une incision horizontale et semi-lunaire, à convexité supérieure, qui embrasse la partie antérieure du col, et dont les extrémités rejoignent celles de la première incision. Quelquefois je me suis abstenu de la sonde; c'était lorsqu'il existait un assez grand intervalle entre le prolongement vésical et le bord antérieur de l'orifice du col.

Cette section ne doit pas du premier coup atteindre toute l'épaisseur de la paroi vaginale; on s'exposerait ainsi à léser la portion de la vessie qui peut être restée sous-jacente. A l'aide d'incisions légères on arrive jusqu'à la face antérieure du col et sous le prolongement vésical. On reconnaît facilement ces parties à leurs caractères physiques, qui sont très différents. La sonde, qui est devenue inutile, est enlevée avec les doigts de la main gauche; le chirurgien saisit la vessie, la repousse en haut derrière le vestibule et le pubis, pendant qu'avec de légers coups de bistouri portés transversalement il divise les adhérences celluleuses qui unissent le fond de la vessie à la partie antérieure du col. Cette séparation des deux organes peut être opérée en hauteur dans l'étendue de 3, 4 ou 5 centimètres, suivant le besoin, sans avoir la crainte d'atteindre le cul-de-sac péritonéal antérieur. Transversalement il ne faut pas la porter au delà de 3 centimètres 1/2; on s'exposerait à blesser les uretères.

On procède, à mesure ou immédiatement après le décollement, à la ligature des artères; il faut s'attendre à en lier une ou deux, quelquefois plus.

Troisième temps. — L'opérateur fait maintenir en haut, derrière le

vestibule, la portion de vessie décollée. Il saisit avec la main gauche la partie antérieure du col, le tend légèrement, puis le divise à coups de bistouri en agissant de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à remonter dans l'utérus. Avant de terminer complétement la section de la paroi antérieure du col, il fait la ligature des artères du tissu utérin si elles sont assez volumineuses pour nécessiter cette petite opération; faute de prendre cette précaution, il peut voir l'utérus lui échapper et remonter spontanément dans le bassin avant d'avoir eu le temps de lier ces vaisseaux : cela nous est arrivé une fois. Il est même bon, avant de compléter la séparation, de placer dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de la plaie utérine, et non dans la partie vaginale de la solution, une pince de Museux qui est confiée à un aide, afin de maintenir l'organe au dehors, parce qu'il pourrait arriver que la dernière partie à diviser renfermât une artère assez volumineuse pour que sa section donnât lieu à un écoulement de sang suffisamment abondant pour inquiéter ou affaiblir la malade.

La partie retranchée de l'utérus a la forme d'un cône dont la base répond au museau de tanche, et la plaie vagino-utérine celle d'un entonnoir; la partie la plus rétrécie de cette plaie répond à la cavité de l'utérus.

Quatrième temps. — La portion excédante étant enlevée, on réduit dans le bassin le reste de l'utérus et le vagin; on met dans celui-ci une grosse mèche couverte de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de sonde en gomme élastique, afin qu'elle conserve sa forme cylindrique et maintienne mieux l'utérus dans la position qui lui a été assignée. Le tout est maintenu à l'aide de charpie, de compresses et d'un bandage en T double.

Comme il est bon que le réservoir de l'urine ne soit pas distendu par le séjour de ce liquide, que la malade ne fasse pas de mouvement, et que l'appareil reste autant que possible en place, pendant au moins les premières vingt-quatre heures, je place ordinairement dans la vessie une petite sonde de gomme élastique garnie d'un fausset, et que j'introduis seulement de 2 ou 3 centimètres dans la cavité de l'organe. Elle est maintenue par les pièces de l'appareil. On peut de cette façon évacuer l'urine sans rien déranger du pansement.

La malade est ensuite portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses rapprochées et le bassin plus élevé que le reste du corps, les

extrémités tenues très chaudement, afin d'activer l'éruption cutanée. Quelquefois je fais pratiquer de nouvelles frictions pour animer davantage l'éruption ou l'étendre sur une plus grande surface.

Si, après avoir terminé la section du col et lié les vaisseaux qui donnaient du sang en jet, celui-ci continue à couler en nappe et assez abondamment, avant de réduire la tumeur et de la maintenir par l'introduction de la mèche, on placera sur le centre de la plaie une boulette de charpie fortement trempée dans la poudre de colophane, ou bien on passera sur la surface de la plaie utérine et non sur celle du vagin, celui-ci ne donnant que rarement du sang, un pinceau trempé dans une dissolution de perchlorure de fer; on aura la précaution de ne pas laisser couler ce liquide sur la plaie vaginale ou on l'enlèvera tout aussitôt. On peut aussi arrêter le sang en plaçant sur la plaie utérine une boulette de charpie trempée dans le perchlorure, ayant toutefois la précaution de ne pas la charger d'une telle quantité de ce médicament qu'il s'en écoule sur les portions voisines.

Si nous prenons tant soin de recommander de ne pas laisser couler cette substance sur les autres parties de la plaie, c'est parce que, bien qu'on ait affirmé le contraire, elle est véritablement caustique et qu'elle pourrait déterminer une eschare dangereuse, soit du côté de la vessie, soit du côté du cul-de-sac postérieur du vagin très aminci, et vers lequel se trouve le péritoine.

Il est important d'entrer ici dans quelques détails relativement à la ligature des artères. Celles qui se trouvent dans les parois vaginales et celles qui rampent dans le tissu cellulaire qui unit la vessie à l'utérus se laissent assez facilement saisir avec la pince à disséquer ordinaire, la pince à ligature de M. Mathieu ou le ténaculum; mais il n'en est pas de même de celles qui parcourent l'épaisseur du tissu utérin. On éprouve les plus grandes difficultés pour les saisir, même avec la pince la plus parfaite. Lorsqu'on croit les avoir prises et liées, la pince est à peine retirée qu'on s'aperçoit qu'on n'a rien saisi, ou tout au plus quelques fibres du tissu utérin, et l'artère continue à donner. On la saisit de nouveau, et plus profondément, en prenant avec elle une certaine partie du tissu ambiant (on ne saurait faire autrement, le vaisseau ne pouvant être pris isolément et attiré au dehors) ; on place et serre fortement la ligature, on enlève la pince, puis, au bout de quelques se-

condes ou d'une minute, le fil se détache et tombe spontanément; le sang coule de nouveau. Si, pour saisir le vaisseau et le lier plus profondément, on se sert du ténaculum, le même phénomène se passe le plus souvent après que l'on a retiré l'instrument. Le fil reste en place; le vaisseau saisi est oblitéré tant que le ténaculum n'est pas enlevé. C'est pourquoi, depuis longtemps déjà (mai 1853), au lieu de me servir de cet instrument qu'il faut nécessairement retirer, je me sers, pour saisir le vaisseau, d'une forte et bonne épingle recourbée en hameçon et à la tête de laquelle est attaché un long fil. Une ligature est jetée et serrée sur les parties prises par l'épingle, dont la pointe est coupée à 1 millimètre au-dessous du nœud, afin d'éviter qu'elle pique et blesse les parties voisines. Le tout est laissé en place et tombe du troisième au cinquième jour. D'autres fois, au lieu de ces épingles, je me sers d'aiguilles courbes à pointe mobile qui est enlevée sitôt que la ligature est jetée et serrée sur l'aiguille. On gagne ainsi beaucoup de temps, et l'on évite la perte d'une certaine quantité de sang, tout en mettant la malade à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. Je connais un de mes collègues les plus habiles qui, faute d'avoir suivi ce procédé, a réappliqué quatre fois la même ligature sans qu'elle ait pu être maintenue. Il semble que le tissu utérin saisi se retire de dedans le nœud par son élasticité et sa contractilité organiques. Au reste, sa densité et son élasticité sont de grands obstacles à ce qu'il puisse être saisi par une pince et embrassé dans l'anse d'un fil. Je m'en suis souvent assuré sur la partie d'utérus qui venait d'être enlevée.

Lorsqu'on se sert de l'écraseur linéaire pour enlever la portion sus-vaginale du col, cet instrument ne peut être appliqué qu'après qu'on a séparé avec soin cette partie de l'utérus de celles qui l'entourent; autrement, si la séparation n'était pas complète, on serait exposé à ouvrir le péritoine ou la vessie, et même ces deux parties à la fois.

Dans cette opération, l'écraseur n'évite donc pas l'action de l'instrument tranchant; il ne peut servir qu'à la section du tissu propre de l'utérus. Je m'en suis déjà servi deux ou trois fois dans ce but lorsque le col était volumineux et pourvu d'un grand nombre d'artères.

Si cet instrument expose moins à l'hémorrhagie, il a en revanche l'inconvénient de rendre l'opération plus douloureuse, plus longue, et a surtout le grave défaut de couper les tissus perpendiculairement et non

obliquement de bas en haut, de telle sorte qu'on ne peut enlever une longueur aussi considérable du col que quand on se sert du bistouri, à moins qu'avant de l'appliquer on isole la matrice dans une plus grande étendue; mais on produit plus de dégâts, on est beaucoup plus exposé à blesser les culs-de-sac du péritoine, et il n'empêche pas toujours les vaisseaux utérins de donner du sang en assez grande quantité.

S'il arrivait que dans le premier temps de l'opération on eût le malheur d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal postérieur, il faudrait tout aussitôt réunir cette plaie à l'aide d'un point de suture très léger, en évitant avec le plus grand soin de comprendre le péritoine dans l'anse du fil. L'opération serait suspendue, et l'on prendrait tout de suite toutes les précautions nécessaires pour éviter le développement d'une péritonite.

La lésion de la vessie dans le second temps de l'opération serait un accident beaucoup moins grave qui ne devrait pas la faire suspendre; on réunirait aussitôt la plaie vésicale à l'aide d'un ou deux points de suture placés dans l'épaisseur des parois de l'organe, sans traverser sa membrane muqueuse; une sonde de gomme élastique introduite dans la vessie serait laissée ouverte, afin que l'urine puisse s'écouler à mesure au dehors. Je suis presque certain que ce léger accident ne compliquerait pas beaucoup les suites de l'opération.

Les soins que l'on a donnés à la malade, avant et après l'opération, devront être continués pendant les quinze ou vingt premiers jours, afin d'éviter le développement des accidents consécutifs. La sonde devra être débouchée toutes les cinq ou six heures, afin d'éviter une distension pénible de la vessie; on aura soin que la malade ne se découvre pas. On lui aura administré une potion calmante et antispasmodique; dans les premiers jours, on ne la nourrira qu'avec des bouillons et des potages, à moins qu'elle soit sans fièvre et qu'elle ait véritablement de l'appétit, auquel cas on pourra accorder une portion d'aliments.

Lorsque le besoin se fera sentir d'évacuer l'intestin, on fera auparavant administrer un lavement, afin d'éviter les efforts et leurs conséquences. Le pansement ne devra être complétement défait et la mèche renouvelée que le deuxième ou le troisième jour, mais pas plus tard, parce que les liquides sécrétés par la plaie et le sang épanché dans le vagin se décomposent très facilement, et leur résorption pourrait causer de la fièvre et des accidents d'infection putride. Quand les parties

n'ont pas une grande tendance à se porter de nouveau au dehors et qu'il ne s'est pas écoulé de sang, on peut, dès le lendemain, enlever la mèche et ne pas la remplacer tout de suite. Si elle gêne par trop la malade, on se contente de soutenir la partie inférieure du vagin avec de la charpie et des compresses maintenues par un simple bandage. Pour procéder aux premiers pansements, on mettra la malade en travers de son lit, les jambes soutenues par des aides, et bien enveloppées. La mèche enlevée, on fera une injection vaginale abondante avec de l'eau tiède avant d'introduire la nouvelle mèche.

Les suites immédiates de l'opération sont habituellement, dès le soir même, un peu de fièvre et quelques légères douleurs dans le bas-ventre. Une de mes malades a éprouvé des coliques utérines assez vives; mais, comme chez les autres malades, le ventre était souple et sans tuméfaction. J'ai vu des malades qui n'avaient pas même de fièvre, et qui, dès le soir, eussent voulu manger. Une de nos dernières opérées, qui ne se trouvait pas bien dans la position où nous l'avions mise, se leva dans la nuit même qui suivit l'opération, fit son lit à son goût, et se recoucha. Aucun accident ne se manifesta à la suite de cette imprudence. Quelques-unes ont eu quelques accidents nerveux, tels que frissons, nausées, vomissements glaireux; une d'entre elles a eu un léger commencement de métro-péritonite qui s'est promptement dissipée. Ordinairement, il s'écoule de la plaie une assez grande quantité de sang pour traverser l'appareil et tacher l'alèze placée sous la malade, mais pas assez pour constituer une hémorrhagie et nécessiter la levée du pansement pour faire un tamponnement. Toujours cet écoulement s'est arrêté spontanément sans avoir compromis les suites de l'opération; peut-être même est-il bon qu'il ait lieu dans une certaine mesure.

Du quinzième au vingtième jour, la plaie est ordinairement cicatrisée et les organes ont éprouvé les modifications suivantes : l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie, froncée, plissée; elle présente une cicatrice rougeâtre, allongée de 2 centimètres environ, et au fond de laquelle on voit et sent un petit mamelon, du volume du bout du doigt, percé à son centre d'une petite ouverture transversale (pl. X, fig. 2; pl. XI, fig. 3) : c'est la partie inférieure de l'utérus. La matrice, au bout de deux ou trois mois, est moins volumineuse, moins longue surtout qu'immédiatement après l'opération; elle diminue de 1 à 1 centimètre 1/2. Il

faut attribuer ce retrait consécutif de l'organe au dégorgement et à la suppuration qui ont suivi la solution de continuité, ainsi qu'à la rétraction causée par la cicatrice.

Une question importante qui domine tout le sujet, et dont nous avons maintenant à nous occuper, est celle de la récidive. D'après la nature de la maladie, le mécanisme habituel de son développement et la principale indication thérapeutique qu'elle présente, il était presque certain que l'amputation de la totalité du col, accompagnée d'une perte de substance circulaire faite à l'extrémité supérieure du vagin, la guérirait radicalement, ainsi que la plupart des lésions et complications qui s'y rattachent. Mais ce n'était là qu'une vue théorique qui avait besoin d'être confirmée par les faits; ceux-ci, qui sont déjà en nombre assez considérable, nous ont démontré, même au bout d'un temps fort long, que l'utérus et l'extrémité supérieure du vagin restaient réduits. Toutefois, lorsque la maladie est précédée et en partie déterminée par une déchirure plus ou moins étendue du périnée, d'une cystocèle ou d'une rectocèle volumineuse, l'opération guérit la chute plus ou moins complète de l'utérus et du vagin, mais elle ne guérit pas la hernie de la vessie ou du rectum. Il faut alors pratiquer une opération secondaire et particulière pour chacune de ces deux dernières affections. C'est ce qu'il nous est arrivé de faire avec succès sur les malades des observations n°s XXX et XXXI.

Une circonstance qui contre-indique tout à fait l'opération est celle dans laquelle il y a tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré, et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin. Chez une femme que nous avons opérée dans ces conditions, et sur laquelle plusieurs méthodes avaient déjà été tentées inutilement, la maladie reparut au bout de quatre mois. On devra encore renoncer à l'amputation de la portion sus-vaginale du col, bien que celui-ci soit le siége d'une hypertrophie longitudinale, si le corps de l'utérus, étant complétement précipité hors du bassin, est en rétroflexion de telle façon que le fond de l'organe soit plus bas que le col. Je sais cependant que mon savant collègue M. Chassaignac a pratiqué, avec succès et sans récidive, cette opération sur une malade chez laquelle existait un allongement hypertrophique du col avec chute complète et rétroflexion du

corps de l'organe. Dans toutes les autres circonstances, l'affection ne reparaît pas. Nous avons vu des malades six mois, un an, dix-huit mois, deux ans, et même sept ans après l'opération, qui étaient parfaitement guéries et débarrassées des incommodités et des accidents que détermine cette maladie. Il en a été de même chez les six malades qui ont été opérées par M. Chassaignac.

Voici les faits sur lesquels les données thérapeutiques et chirurgicales que nous venons d'établir reposent, faits et observations qui sont au nombre de quatorze pour ce qui me concerne.

Observation XX. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. — Prolapsus utérin. — Chute et renversement complet du vagin. — Léger catarrhe utérin. — Métrorrhagies abondantes, cystite. — Ulcérations de la tumeur. — Amputation de la portion hypertrophiée du col. — Guérison.* (Dessin de M. Hamon, pl. III, fig. 3.)

Le 27 février 1850, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 275, la nommée Blé... mar..., âgée de cinquante-huit ans, blanchisseuse.

Cette femme, qui est grande et d'une bonne constitution, a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, toujours bien et sans souffrance jusqu'après sa troisième couche. Mariée à vingt-trois ans, elle a constamment, et de très bonne heure, été occupée à des travaux pénibles. Elle eut son premier enfant au bout de deux ans de mariage. L'accouchement fut lent et très douloureux. Après quarante-huit heures de souffrances, on fut obligé de lui faire prendre deux prises d'une poudre noirâtre, dans de l'eau, probablement du seigle ergoté. L'enfant vint mort. Elle eut de la fièvre et de fortes douleurs dans le ventre pendant les trois ou quatre premiers jours. Elle se leva le douzième jour et reprit bientôt son travail.

De temps en temps, surtout au moment des règles qui étaient abondantes durant huit jours, elle éprouvait de la pesanteur vers la partie, du tiraillement, de la faiblesse dans les reins.

Deux ans après, nouvel accouchement. Il se fait promptement, sans grandes souffrances. L'enfant est bien portant; les suites de couches sont heureuses. Elle commit l'imprudence de se lever le sixième jour et de reprendre presque tout de suite ses occupations habituelles. Peu de temps après se manifestent de la pesanteur sur l'anus, des besoins fréquents d'uriner, des tiraillements, des douleurs dans les reins lorsqu'elle reste longtemps debout, ce que malheureusement nécessite sa profession. Par instant, ces douleurs sont assez fortes pour la condamner au repos. A la suite d'une vive discussion avec son mari, au moment de ses règles, elle eut une perte abondante qui dura douze jours.

Au bout de deux ans et demi, une troisième grossesse survint. L'accouchement et les suites se passèrent bien. L'accouchement fut encore plus rapide que le deuxième : elle eut une petite fille. Cette fois, plus imprudente encore, elle se lève le cinquième jour pour vaquer à ses occupations de ménage : le douzième jour, elle reprend l'exercice de sa profession.

La première réapparition de ses règles fut une véritable perte qui fut suivie de flueurs blanches abondantes qu'elle a toujours gardées. La gêne, l'embarras, la pesanteur qu'elle éprouvait vers la partie, devinrent plus intenses; les douleurs de reins plus fortes. Un jour, faisant un

effort en tordant du linge, elle sentit quelque chose qui s'engageait dans l'ouverture de la partie et avait de la tendance à sortir. Enfin à quelque temps de là, en soulevant un baquet plein d'eau et de linge, elle sentit un craquement dans le bas des reins, et une grosseur sortit par la vulve. Elle en fut aussitôt avertie par la sensation qu'elle éprouva, et la main qu'elle porta sur cette région.

Elle se décida alors à aller consulter un médecin, M. Canuet père, médecin des hôpitaux, qui lui conseilla le repos au lit et l'application d'un pessaire en gimblette. Ce pessaire ne put être conservé à cause de la gêne habituelle qu'il causait, des douleurs que parfois il déterminait sur la vessie et le rectum. Il fut remplacé par un pessaire en bondon qui ne causa aucune gêne vers la vessie ni le rectum, mais détermina une tension pénible et même douloureuse derrière le pubis et à l'hypogastre. La malade était obligée, sitôt qu'elle était levée, de le maintenir constamment avec un chauffoir, sinon, il tombait, ce qui arrivait même quelquefois, malgré le chauffoir, lorsqu'elle faisait un brusque mouvement. Cet instrument devint si gênant et quelquefois si pénible, qu'elle finit par y renoncer.

Peu à peu, la tumeur sortit davantage, et finit par acquérir les dimensions considérables qu'elle présente aujourd'hui. C'est surtout, dit-elle, pendant la maladie qui enleva son mari, que la tumeur s'accrut le plus : elle était alors debout nuit et jour. La tumeur devint douloureuse et s'ulcéra ; elle saignait fréquemment.

Les menstrues perdirent leur régularité et furent remplacées par des pertes qui venaient tous les deux ou trois mois, surtout lorsque Blé... avait beaucoup fatigué.

Depuis, un écoulement continuel, tantôt glaireux, tantôt sanguinolent, d'autres fois purulent, et quelquefois réunissant tous ces caractères, eut lieu par la tumeur qui exhalait une odeur très désagréable.

La malade maigrit et finit par perdre ses forces, au point de ne plus pouvoir continuer sa profession. C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital.

Le 28 février, à l'examen de la malade, on trouve entre les cuisses, sortant de la vulve, une tumeur allongée cylindroïde, un peu plus renflée toutefois vers sa partie moyenne que vers ses extrémités.

Cette tumeur est formée par la matrice dont on voit l'orifice à la partie inférieure, et par le vagin qui est complétement renversé. Elle offre une longueur de 10 centimètres et demi, mesurée du méat urinaire à la lèvre postérieure qui descend un peu plus bas que la lèvre antérieure, de sorte que l'orifice utérin est placé, non au centre de l'extrémité inférieure de la tumeur, mais un peu en avant ; il a 1 centimètre et demi d'étendue transversale, et laisse suinter un mucus épais, filant, d'un blanc jaunâtre. La surface est d'un gris rosé. Les plis vaginaux sont effacés, excepté en avant et en haut sous le méat urinaire. On remarque çà et là des écailles épidermiques ; des ulcérations irrégulières, large comme une pièce de 2 fr., existent, l'une en avant, l'autre en arrière de la tumeur. Elles fournissent une matière grisâtre sanieuse, d'une odeur très désagréable.

L'hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, pénètre sans aucun obstacle à une profondeur de 14 centimètres. On peut, par le toucher hypogastrique, sentir le fond de l'utérus soulevé par l'hystéromètre. Il est placé à 1 centimètre environ au-dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Lorsque l'on touche et palpe la tumeur avec soin, on reconnaît :

1° Que son ensemble est souple, doux, mollasse même, et fluctuant en avant, ce qui tient à un prolongement de la vessie dans ce point.

2° A sa partie inférieure, une tumeur ferme, dure, élastique, qui part du museau de tanche

pour remonter au centre de la masse, et du vagin renversé à une hauteur de 5 centimètres environ, et se continuer, après avoir diminué très sensiblement de volume, par une tige centrale et cylindrique avec le corps de la matrice situé dans le bassin. Pour bien juger le point de départ et l'aboutissant de cette tige centrale, il faut toucher la malade par le rectum. Par cette voie seule, on peut apprécier le volume et la véritable situation du fond de l'utérus qui avait déjà été en partie indiquée par l'hystéromètre.

La tumeur se laisse réduire jusqu'à la vulve avec la plus grande facilité, mais si l'on veut pousser la réduction plus loin pour poser un pessaire, on ne peut y réussir ; elle ressort du bassin sitôt que la malade se met debout ou fait un effort.

L'ouverture vulvaire est très agrandie en tous sens, ce qui explique pourquoi les pessaires ne peuvent rester en place.

Les besoins d'uriner sont très fréquents et irrésistibles, la miction est difficile. L'urine est plutôt lancée en haut qu'en avant ; aussi retombe-t-elle sur la tumeur qu'elle irrite et enflamme, et ulcère.

Connaissant par la narration que m'avait faite la malade l'inutilité des efforts tentés par un homme habile pour la guérir, voyant les souffrances qu'elle endurait, la faiblesse dans laquelle les métrorrhagies l'avaient jetée, l'irréductibilité complète de la tumeur et l'impossibité dans laquelle elle était de subvenir à ses besoins, je n'hésitai pas à lui proposer une opération nouvelle basée sur les véritables indications réclamées par la nature de son affection et qui me semblait dès lors devoir mieux réussir que toutes celles qui avaient été inventées, pratiquées en vain, et auxquelles j'avais eu recours moi-même inutilement.

Je commençai par laisser reposer la malade pendant quelques jours, je lui ordonnai un bain tous les deux jours et une tisane rafraîchissante d'orge, de chiendent et de réglisse, et deux portions d'aliments.

Le 1er mars, purgation avec l'eau de Sedlitz, frictions sur les jambes et les cuisses avec 10 gouttes d'huile de croton tiglium pour chaque extrémité, afin d'avoir par avance une action révulsive.

Le lendemain 2, la malade étant placée sur le lit du spéculum, comme pour l'application de cet instrument, après avoir reconnu de nouveau jusqu'où descend la vessie en avant et le cul-de-sac péritonéal postérieur (recto-vaginal) en arrière, je procède à l'opération de la manière suivante :

Je saisis avec une pince de Museux la lèvre postérieure du col, ou pour mieux dire, la partie postérieure, car les lèvres sont effacées, et j'attire en avant et en haut la tumeur, afin de l'allonger davantage et de tendre légèrement les tissus. Je confie cet instrument à un aide qui est chargé de le maintenir dans cette position ; j'introduis le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum et je le porte en déprimant la paroi antérieure de l'intestin jusqu'à la partie inférieure du cul-de-sac recto-vaginal qu'il soulève. Avec un bistouri tronqué, je fais à la demi-circonférence inférieure et postérieure, dans l'insertion même du vagin, une incision demi-circulaire à concavité supérieure et antérieure longue de 4 centimètres. Une seconde incision entre immédiatement dans le tissu utérin qui est coupé obliquement de bas en haut et d'arrière en avant par des incisions successives jusqu'à ce que j'arrive dans la cavité du col, à 5 centimètres et demi de hauteur. Le doigt indicateur, resté dans le rectum, sentait et guidait l'action de la lame. Les sections terminées, le doigt fut retiré de dedans le rectum.

Dans ce premier temps de l'opération, trois artères furent coupées et liées tout de suite : je passai au second temps.

La pince de Museux saisit la partie antérieure du col et la porte en bas et un peu en arrière.

Une sonde d'argent, fortement courbée, est portée par l'urèthre dans la portion herniée de la vessie, afin de tendre et de soulever la partie inférieure qui est ainsi clairement indiquée. L'indicateur et le pouce de la main gauche, placés au-dessous, la protégent en même temps qu'ils tendent les tissus transversalement. Une incision pareille à la première, mais à concavité inférieure et postérieure, est pratiquée sur la partie antérieure de la base du museau de tanche, dans l'épaisseur de l'insertion du vagin, immédiatement au-dessous des doigts, et, par conséquent, de la vessie. A l'aide de trois ou quatre coups de bistouri, je détache cet organe de la paroi antérieure du col. Pendant ces incisions, la portion vésicale détachée est repoussée par les doigts d'un aide en haut et en arrière, vers la face postérieure du pubis. Deux artères sont ouvertes et liées.

Après avoir décollé l'adhérence utéro-vésicale dans l'étendue de 3 centimètres et demi environ et fait maintenir la vessie relevée, j'entre dans l'épaisseur du tissu utérin en le divisant obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Deux artères sont ouvertes ; je les lie avant de terminer la sectiou. Il m'a fallu, pour bien les saisir, me servir du ténaculum. Ces deux ligatures placées, un dernier coup de bistouri sépare les parties. Aussitôt l'utérus nous échappe et remonte de lui-même à sa place. La malade a perdu tout au plus deux verres de sang. Une grosse mèche de charpie, bien enduite de cérat, de la longueur du vagin, et portant à son centre un tronçon de sonde de gomme élastique, est introduite dans le vagin, maintenue par quelques plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage en T double. Cette mèche est destinée à maintenir l'utérus à sa place et à conserver au vagin sa longueur ; c'est pourquoi elle porte à son centre un morceau de grosse sonde, afin d'éviter son tassement.

La portion du col enlevée a 6 centimètres et demi de longueur : elle représente un cône tronqué dont la base répond à la portion sous-vaginale du col. Son organisation présente les caractères du tissu de l'utérus à l'état sain. Seulement la membrane muqueuse autour du col était un peu plus épaisse, villeuse, et offrait quelques follicules muqueux dilatés et enflammés.

Sitôt après le pansement, la malade est reportée dans son lit, couchée sur le dos, le bassin plus élevé que le reste du corps. Potion calmante. Tisane de tilleul et de feuille d'oranger. Par précaution, des onctions mercurielles sont faites sur le ventre et les flancs. Une saignée conditionnelle est ordonnée.

Le soir à cinq heures, pas d'hémorrhagie. L'appareil est seulement traversé par le sang. Pas de douleur soit à la partie, soit au ventre ; fièvre légère ; la malade désire prendre un bouillon qui lui est accordé. L'éruption causée par l'huile de croton commence à paraître. A onze heures du soir, la malade est tourmentée d'un besoin irrésistible d'uriner : l'interne de garde est appelé ; il relâche l'appareil et sonde la malade qui est immédiatement soulagée, et ne tarde pas à s'endormir jusqu'au lendemain matin.

Le 3, état très satisfaisant : pas de fièvre ; pas de douleur ; les pièces extérieures du pansement sont seules changées. La malade a de l'appétit : deux bouillons et deux soupes.

Le 4, même état : aucun accident n'est survenu ; on change la mèche. Avec elle sortent des caillots de sang noir qui s'étaient formés dans le vagin. Une portion d'aliments est accordée.

Les 5, 6 et 7, tout continue à bien se passer. L'éruption causée par l'huile de croton est abondante et d'un rouge vif. Chaque vésiculo-pustule renferme du pus à son centre. Le 7, deux portions d'aliments sont accordées ; la mèche a été changée tous les jours sans douleur. La suppuration est abondante.

Le 6, j'ordonne préventivement un julep gommeux avec 1 gramme d'alcoolature d'aconit : il est continué jusqu'à la fin de la suppuration qui a lieu vers le 27 mars.

A cette époque, je trouvai la plaie presque cicatrisée. La malade se sent si bieu qu'elle de-

mande la permission de se lever, permission qui lui est accordée pour le lendemain 28.

Le 14 avril, la malade sort guérie. Le 13, nous l'avions examinée au spéculum, et reconnu les faits suivants : l'extrémité supérieure du vagin est trouvée plissée et comme mamelonnée. Au centre se trouve une cavité rougeâtre, au fond de laquelle on voit et on sent les restes du col de l'utérus; la cavité n'est pas oblitérée. Lorsque la malade se met debout ou fait un effort, l'utérus reste à sa place; mais comme la vulve est encore très large, on voit saillir vers son ouverture, et au moment de l'effort seulement, la partie inférieure des parois antérieure et postérieure du vagin : il y a une légère tendance à la rectocèle et à la cystocèle.

Vers la fin de juin, Blé... vint à la consultation de l'hôpital, et nous pûmes constater que la guérison s'était maintenue; depuis, nous ne l'avons plus revue.

Observation XXI. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Prolapsus de cette partie. — Chute et renversement complet du vagin; ulcération de la tumeur; pessaires inutiles. — Amputation du col. — Guérison radicale jusqu'à la mort de la malade, qui a eu lieu sept ans après par gangrène sénile des extrémités inférieures. — État des organes sexuels.* (Dessin de M. Hamon, pl. IX, fig. 1 et 2.)

Aub... Mar... Éti..., âgée de cinquante-neuf ans, fille, blanchisseuse, demeurant à Courbevoie, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 385, le 10 juillet 1850, pour une chute de la matrice.

Cette femme rapporte qu'elle a été réglée pour la première fois à quatorze ans, toujours régulièrement et abondamment jusqu'à l'âge de quarante-six ans; a eu un seul enfant à dix-neuf ans. Elle croit que c'est seulement à partir de la cessation de ses règles que la tumeur qu'elle porte entre les cuisses a commencé à se manifester; elle s'est développée peu à peu sans autre cause que les fatigues de sa profession. Elle est obligée de la soutenir avec des linges fixés à une ceinture : sitôt que cette espèce de pessaire est enlevée, la tumeur descend et pend entre les cuisses. Deux pessaires de formes différentes ont été essayés et n'ont pu maintenir la tumeur, qui a toujours continué à s'accroître et à la faire de plus en plus souffrir. Depuis trois ans déjà elle ressent des douleurs dans les reins et dans les aines. Aujourd'hui ces douleurs sont devenues assez intenses pour l'empêcher de se tenir debout et de se livrer au rude travail de blanchisseuse : c'est ce qui l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La tumeur, qui pend entre les cuisses, mesurée de son sommet au méat urinaire, a une longueur de 10 centimètres 1/2, une largeur de 6 centimètres 1/4 vers le milieu de sa hauteur; à son extrémité supérieure, elle n'offre qu'une largeur de 4 centimètres. Il en résulte qu'elle a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas; aussi la malade la compare à un œuf d'oie. Elle est formée par le col de l'utérus et par le vagin presque complétement renversé. En avant, ce conduit se continue sans démarcation sensible avec le tubercule antérieur et la base des nymphes. En arrière, au contraire, le vagin n'est pas entièrement renversé; il existe encore entre la fourchette et le pédicule de la tumeur une rainure, un sillon demi-circulaire qui a 1 centimètre 1/2 de profondeur, et dont les extrémités viennent se perdre insensiblement en avant et en haut sur les parties latérales de la tumeur et de la vulve.

Un peu en avant de l'extrémité inférieure, on voit le col de l'utérus, dont les lèvres sont effacées; sa base, assez large, se confond avec l'extrémité supérieure des parois du vagin renversées; son orifice, qui a près de 2 centimètres d'étendue transversalement, présente, vers la commissure gauche, un petit kyste du volume d'un pois. Un prolongement de la vessie dans la partie antérieure de la tumeur forme une saillie qui devient tendue et luisante lorsque la malade fait

un effort pour uriner. Une sonde portée dans ce prolongement vésical montre qu'il s'étend jusqu'à 2 centimètres 1/2 de l'orifice du col. Deux ulcérations irrégulières de l'étendue d'une pièce de 1 franc existent, l'une sur la face latérale gauche, l'autre au sommet. La surface de tout le reste de la tumeur est luisante et d'un gris rosé. L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine accuse une longueur de 13 centimètres. Du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, on trouve 9 centimètres.

Toute la masse est souple et douce au toucher, à l'exception de la partie visible du col et du centre de la tumeur, où l'on sent un prolongement cylindrique qui remonte jusque dans le bassin pour se continuer avec le corps de l'utérus. Il est très facile de reconnaître cette prolongation en portant le doigt dans le rectum. Si l'hystéromètre est laissé en place, le doigt porté dans la voie que nous venons d indiquer peut suivre l'instrument jusqu'au fond de la cavité utérine. Entre le doigt porté dans le rectum et ceux qui palpent en avant la base de la tumeur, on sent ce prolongement de la portion sus-vaginale du col. Cette partie paraît offrir moins de volume que celle qui répond à l'insertion du vagin.

Nous avons fait connaître les accidents et les troubles fonctionnels qu'éprouvait la malade, aussi n'y reviendrons-nous pas. — La réduction ne peut être complétement obtenue ni maintenue sans souffrance; l'utérus se courbe comme un arc de cercle, ce qui explique l'insuccès des pessaires.

Prescription. — Tisane commune, un bain, deux portions d'aliments.

Le 13, apozème purgatif.

Le 14, un bain, le matin; le soir, frictions avec seize gouttes d'huile de croton sur les cuisses.

Le 16, l'éruption causée par l'huile de croton était en pleine évolution; j'opérai la malade, c'est-à-dire que j'enlevai, par la même méthode que j'avais pratiquée sur Blé..., le museau de tanche et la portion sus-vaginale du col. Comme dans ce cas l'utérus avait moins de longueur, je me contentai d'en enlever 4 centimètres. Cinq artères seulement furent coupées et liées à mesure. Avant de donner le dernier coup de bistouri, je fixai l'utérus au niveau de l'ouverture vulvaire avec une pince de Museux implantée sur la lèvre inférieure de la plaie, afin que, si une artère était ouverte dans la dernière incision, il me fût facile de la saisir et de la lier sans voir l'utérus et le vagin rentrer dans le bassin sitôt après l'extirpation complète des parties. La malade fut pansée, reconduite et couchée dans son lit, comme la première.

La partie enlevée était le siége d'une simple hypertrophie; le petit kyste qui était situé vers la commissure gauche du col renfermait un liquide muqueux, blanchâtre, onctueux, épais et filant. A part ses parois propres, la membrane muqueuse qui les recouvrait était épaissie et un peu indurée.

Le soir, pas de fièvre, pas de douleurs abdominales; légère céphalalgie; la malade se plaint des cuissons et de la chaleur que lui cause l'éruption déterminée par l'huile de croton.

Le lendemain 17, la nuit a été bonne : la malade a dormi environ six heures en deux fois; pas de fièvre, la douleur de tête a disparu; ce qui fixe surtout l'attention de la malade, c'est la rougeur des membres causée par l'éruption. Deux bouillons, deux soupes.

Le 18, un peu de tension abdominale; du reste, pas de douleur, pas de fièvre; il y a de l'appétit. Lavement; deux portions d'aliments.

Les 19, 20, 21, la malade continue à bien aller, aucun accident n'est survenu; elle urine et va à la selle facilement et sans souffrances. Le 23, nous trouvons la plaie rétrécie des deux tiers.

Le 6 août, la plaie est presque entièrement guérie; l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie et froncée comme une bourse.

Le 7 septembre, Aub..., se sentant entièrement rétablie, demande sa sortie. Au fond du vagin on voit un petit canal qui mène à l'utérus.

Depuis cette époque, je n'avais plus entendu parler de cette femme, lorsque, le 15 janvier 1857, elle entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, pour une gangrène sèche des extrémités inférieures. Je la trouvai dans ce service un jour que je remplaçais mon collègue, et j'appris d'elle que depuis sa sortie de l'hôpital elle avait repris son travail ordinaire et qu'elle ne fut plus obligée de porter de bandage; elle ne vit jamais reparaître la tumeur extérieure. Les tiraillements dans les aines étaient complétement disparus; elle n'éprouvait aucune douleur, aucune fatigue, en un mot aucun symptôme qui rappelât son ancienne maladie. La santé a toujours été très bonne, et avant sa gangrène elle supportait le travail, dit-elle, comme une femme qui n'aurait jamais été malade du côté des organes sexuels.

Voici ce que le toucher nous apprend : le doigt pénètre jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ouverture vulvaire, puis il s'engage dans un cul-de-sac conique à sommet supérieur, étroit, pouvant recevoir à peine la pulpe du doigt.

L'extrémité vulvaire du vagin est au contraire très large; au fond du cul-de-sac on sent une sorte de bride résistante; mais il est impossible de reconnaître le col utérin.

La main appliquée sur la région hypogastrique, pendant le toucher vaginal, ne perçoit aucun mouvement et n'en transmet aucun au doigt placé dans le vagin.

Bientôt la gangrène fit des progrès rapides, et cette femme mourut le 4 mars, à la suite d'accidents d'infection putride. J'ai fait moi-même l'autopsie et examiné avec le plus grand soin les organes génitaux. Voici en quel état je les ai trouvés : les parties étant enlevées et le vagin fendu, au fond de ce conduit on remarque un petit infundibulum à surface lisse et polie, dont le fond arrondi présente un 1/2 centimètre d'étendue; vers la partie droite de la base de ce cul-de-sac aboutit le vestige du col de l'utérus, qui n'en est séparé que par une couche de tissu extrêmement mince : elle offre à peine 1 millimètre d'épaisseur.

Une cicatrice circulaire, lisse et luisante, entoure la base de cet infundibulum. En avant, cette cicatrice répond à la partie postérieure du bas-fond de la vessie. En ce point la paroi vaginale n'existe pas.

En arrière, la cicatrice répond à l'extrémité inférieure du cul-de-sac recto-utérin, et n'est séparée du péritoine que par une épaisseur de 4 millimètres.

La longueur totale de ce qui reste de l'utérus est de 5 1/2 centimètres. La largeur au niveau de l'insertion des ligaments de l'ovaire, est de 5 centimètres; l'épaisseur des parois est de 1 centimètre.

La communication de la cavité utérine avec le cul-de-sac cicatriciel est interrompue par une membrane qui a à peu près 1 millimètre d'épaisseur.

La cavité du corps de l'utérus a conservé à peu près sa dimension normale, grâce sans doute à un polype cellulo-muqueux et vasculaire qui a le volume d'une grosse amande. Le polype, à base sessile, prend naissance au milieu de la paroi postérieure de l'utérus. Tout le reste du tissu utérin est sain.

Annexes. — Le cul-de-sac utéro-vésical, bien que la vessie soit très dilatée, offre une profondeur de $5^{c},2^{mm}$. Le cul-de-sac utéro-rectal a 9 centimètres de profondeur.

Les ovaires sont sains et ont conservé un volume assez considérable.

Dans toute l'étendue des annexes utérines et de la surface de l'utérus, on n'observe aucune trace d'inflammation aiguë ou chronique; toutes ces parties offrent l'aspect le plus naturel. Toutefois l'extrémité libre du pavillon de la trompe gauche présente, au sommet de l'une de ses laciniures, un kyste séreux, clair, transparent, ayant la forme et le volume d'une grosse

olive; sa petite extrémité est adhérente au sommet de la laciniure du pavillon de la trompe.

Le feuillet postérieur du cul-de-sac utéro-rectal, dans sa partie supérieure, présente, comme chez la malade de la XVI[e] observation, une large bride qui entraine la partie supérieure du rectum vers le fond de l'utérus, et par conséquent dans la base de la cavité que formait le vagin, lorsqu'avant l'opération il était renversé.

Observation XXII. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col ; prolapsus; renversement presque complet du vagin; métrorrhagies. — Application de deux pessaires, un intra-utérin; accidents. — Amputation du col. — Guérison.* (Observation rapportée par M. Boucher, dans son mémoire pour le prix des hôpitaux, année 1852.)

Le 28 août 1851, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 387, une femme nommée Dor... Lou... Adé..., âgée de cinquante ans, blanchisseuse.

Elle raconte qu'elle fut reglée à dix-neuf ans, sans aucune difficulté, que ses règles ont toujours été très régulières jusqu'au moment où la matrice est tombée.

Mariée à vingt-quatre ans, elle eut trois enfants; toutes ses couches furent heureuses; la dernière eut lieu il y a treize ans. Il y a près de deux ans que, sans cause connue, la matrice a commencé à descendre et à se montrer au dehors. En peu de temps la grosseur qui pendait entre les cuisses acquit le volume d'un œuf de dinde. Depuis cette époque la malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, et une constipation très opiniâtre ; la marche est douloureuse; le vagin renversé est le siége d'un prurit très incommode qui oblige la malade à se gratter jusqu'au sang. Tous ces accidents disparaissent quand la malade garde le repos au lit. Les menstrues sont toujours venues à époque fixe ; elles dégénèrent quelquefois en métrorrhagies abondantes qui épuisent les forces. Elle se plaint, en outre, d'éprouver un écoulement blanc légèrement transparent, visqueux, âcre, qui irrite la partie supérieure et interne des cuisses.

Après avoir consulté un médecin de la ville qui lui plaça un pessaire, la malade garda le repos pendant quelque temps ; puis elle reprit son travail; mais bientôt elle se vit dans la nécessité d'enlever ce pessaire qui lui causait des douleurs dans la matrice, augmentait l'écoulement et déterminait une malpropreté repoussante.

C'est dans cet état que Dor... se décida à entrer à l'hôpital le 22 août 1851.

La matrice fait au dehors de la vulve une saillie de 9 centimètres. Le vagin est presque complétement renversé. Entre le pédicule de la tumeur et l'ouverture vulvaire, il existe une rainure circulaire qui a 2 centimètres de profondeur en arrière et 1 centimètre environ en avant.

La paroi vaginale, rouge et sèche, sensible au toucher, présente çà et là de petites écorchures, résultat de l'action des ongles.

L'extrémité vaginale du col qui occupe le centre du sommet de la tumeur, est plus volumineuse et plus rouge qu'à l'état normal.

L'hystéromètre porté dans la cavité utérine annonce une longueur de 11 centimètres.

Le doigt indicateur droit porté dans le rectum suit la tige de l'hystéromètre jusqu'au fond de l'utérus qui est encore à 4 centimètres passés, au-dessus de l'ouverture de la vulve. Une légère pression exercée de bas en haut fait rentrer la tumeur avec la plus grande facilité.

Tisane commune, bain d'eau de son, cataplasme de fécule de pommes de terre sur les parties irritées de la vulve et des cuisses; maintien de la réduction de la tumeur par le repos au lit et un bandage en T double par-dessus le cataplasme.

Comme à cette époque le pessaire intra-utérin jouissait d'une certaine réputation; comme M. Valleix, auquel je montrai la malade, m'assura qu'il avait guéri des cas semblables avec cet instrument; comme, de plus, la malade avait été obligée de renoncer à une autre espèce de pessaire, et que l'hypertrophie du col n'était pas très considérable et le vagin entièrement renversé, je jugeai convenable d'avoir recours à ce nouvel instrument, et de ne pratiquer l'amputation du col que s'il venait à échouer.

Le 2 septembre, en présence de M. Valleix, j'appliquai le pessaire intra-utérin ; mais bientôt il se manifesta de la fièvre, des douleurs intenses dans la matrice. Bain, cataplasmes sur le ventre; lavements émollients.

Le 4, les douleurs sont un peu calmées.

Dans la nuit du 5 au 6 septembre, les douleurs reparaissent et deviennent insupportables ; elles sont suivies d'une métrorrhagie fort inquiétante.

Le 7 au matin, la métrorrhagie ayant continué, j'enlève l'instrument. 1 gramme de seigle ergoté en 4 prises; fomentations froides sur le ventre; limonade froide.

Le 8, la perte est considérablement diminuée.

Je laisse la malade se reposer jusqu'au 17, je prescris alors un purgatif; je fais pratiquer sur les extrémités inférieures des frictions avec l'huile de croton.

Le 18 au matin, je fais l'amputation de la portion sus-vaginale du col. Sept artères sont liées à mesure qu'elles sont divisées; celles du tissu propre de l'utérus ont été très difficiles à saisir et à lier. Pansement avec grosse mèche garnie d'un bout de sonde, charpie, compresses et bandage en T. Une petite sonde de gomme élastique, bouchée à l'aide d'un fausset, est placée à demeure dans la vessie. Coucher dorsal, bassin élevé; tisane de tilleul, feuilles d'oranger et potion calmante.

3 centimètres 1/2 du col ont été enlevés; c'est une partie égale à la totalité du col à l'état sain.

Le soir du jour de l'opération, la malade ne présente aucun indice de fièvre, sa figure est rayonnante, elle demande à manger.

Le lendemain et les jours suivants, son état continue à être tout aussi satisfaisant.

La mèche est retirée le troisième jour de l'opération.

Le 7 octobre, je touche la malade : toutes les parties sont souples, sans douleurs et sans chaleur anormale.

Le 8, vingt jours après l'opération, la malade se trouve si bien que, malgré toutes les recommandations qui lui avaient été faites, elle commet l'imprudence de se lever et d'aller au jardin. Là elle se refroidit et éprouve quelques légères douleurs dont elle ne dit rien le lendemain matin. Le soir elle est prise de frisson et de fièvre ; son ventre est tendu, dur et douloureux, il y a une constipation opiniâtre; un lavement simple, puis un lavement purgatif ordonnés le soir par l'interne de service, ne l'ont pas fait évacuer. Le pouls est vibrant, dur et fréquent; il s'élève à 104.

Le 10, à ma visite, je reconnais un commencement de péritonite; j'ordonne une application de vingt-cinq sangsues sur le ventre, et des onctions d'onguent napolitain; lavement purgatif avec miel mercurial.

Le 11, le ventre est encore tendu et douloureux; le pouls dur et fréquent ; pas de vomissement ; saignée du bras; cataplasmes.

Le 12, le ventre est moins tendu, presque pas douloureux, le pouls est descendu à 76 ; il est plus large.

Le 13 et les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 18, la malade semble revenue entièrement à la santé; je la touche et je reconnais

que l'utérus est resté à sa place; il n'est, ainsi que les parties environnantes, le siége d'aucune douleur.

Le 28, je permets à la malade de se lever pendant quelques heures; elle n'en éprouve aucun inconvénient. Elle continua à se lever tous les jours.

Le 6 novembre, elle s'est levée deux fois, de sept heures du matin jusqu'à onze heures, et de une heure à cinq heures, et l'utérus est resté en place.

Examinée au spéculum le 8, on trouve l'extrémité supérieure du vagin froncée en cul-de-poule. Au dessus de ce froncement existe un enfoncement en infundibulum qui laisse voir au fond une cicatrice rouge et mamelonnée, formée par la partie inférieure de l'utérus; on ne peut rencontrer l'ouverture de la cavité utérine, peut-être est-elle oblitérée?

Elle sort guérie et parfaitement heureuse, le 12 novembre.

Sans l'imprudence qu'a commise la malade et qui, le vingtième jour après l'opération, causa un commencement de péritonite, il est presque certain que tout se serait passé sans le moindre accident.

Observation XXIII. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col; prolapsus utérin; légère rétroflexion; application inefficace de plusieurs pessaires, par les hommes les plus expérimentés; accidents consécutifs.—Amputation du col; guérison.* (Observation rapportée dans le mémoire de M. Boucher, pour le concours des prix de 1852.)

La nommée Lecl... Al..., âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse, non mariée, est entrée le 20 février 1852, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, 329, pour se faire soigner d'une chute de matrice.

Cette jeune femme dit qu'elle n'a jamais eu d'enfants; qu'elle fut reglée à seize ans, sans aucune difficulté; que ses menstrues sont restées régulières pendant cinq mois, qu'après cette époque, il y a environ deux ans, elle reçut un coup de pied sur le bas-ventre, au-dessus du pubis. Elle éprouva une vive douleur, et fut fortement impressionnée. A partir de ce moment, les menstrues devinrent irrégulières, et elle ressentit des douleurs presque continuelles dans le bas-ventre, et des maux d'estomac. Elle éprouva également des douleurs de reins qui devenaient beaucoup plus fortes pendant les deux ou trois jours qui précédaient les règles. Avant et pendant cet écoulement sanguin, elle éprouvait la sensation d'un poids sur la partie, et un corps dur venait se présenter à l'ouverture de la vulve. Un écoulement blanc et abondant survint. Il augmentait lorsque la malade restait debout, et cessait presque entièrement lorsqu'elle gardait le repos au lit.

Cinq mois après avoir reçu le coup de pied dont nous avons parlé, elle entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, où elle resta deux mois. Voyant, dit-elle, qu'elle ne guérissait pas, elle demanda sa sortie et entra dans le service de Gerdy. Elle resta un mois et demi confiée aux soins de ce chirurgien qui essaya inutilement deux espèces de pessaires, puis elle sortit de l'hôpital de la Charité, et rentra dans sa famille.

Les accidents dont nous avons parlé la forcèrent bientôt à se présenter à une nouvelle consultation, et elle vint, il y a neuf mois, à l'hôpital Beaujon, consulter M. Valleix qui l'admit dans son service, et lui appliqua le pessaire Simpson modifié. Elle le garda deux mois et demi; mais comme elle éprouvait des hémorrhagies utérines abondantes, M. Valleix retira l'instrument. Du reste, il paraît que ce médecin trouvait l'utérus à peu près remis à sa position normale, et la malade sortit de l'hôpital se croyant guérie.

Au bout de huit jours, les accidents recommencèrent et la fille Lecl... revint trouver

M. Valleix qui, ayant quitté Beaujon, la fit entrer dans son nouveau service à la Pitié.

Après un mois de traitement, n'obtenant pas de résultat satisfaisant, M. Valleix m'adressa la malade.

A son entrée, le 21 février, je trouve le col de l'utérus parfaitement sain, saillant de 7 centimètres hors de la vulve ; il entraîne avec lui l'extrémité supérieure du vagin. Ce conduit n'est pas complétement renversé, il remonte à la hauteur de 4 centimètres dans sa propre cavité, de sorte que dans ce point, le vagin est véritablement invaginé et doublé; il forme avec l'utérus ce que M. Cruveilhier appelle une invagination à trois cylindres.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine annonce une longueur de 10 centimètres, ce qui donne à la totalité de l'organe gestateur une étendue de 11 centimètres.

Le corps de l'utérus qui est encore renfermé dans le bassin est en légère rétroflexion, il forme, à son union avec le col, une courbure dont la concavité est dirigée en bas et en arrière. Cette courbure se laisse facilement redresser à l'aide de l'hystéromètre.

La tumeur sous-vulvaire se laisse réduire avec facilité.

La santé générale n'est pas atteinte par cette affection, et la malade supporterait encore avec patience son infirmité, si elle ne la mettait dans l'impossibilité de travailler et de se tenir debout pendant un certain temps.

Comme la malade avait éprouvé à plusieurs reprises des accidents inflammatoires et des métrorrhagies abondantes, je commençai par la laisser reposer; je la mis aux amers, lui fis faire des injections toniques et astringentes, avec décoction de racines de bistorte et de ratanhia et d'écorce de chêne, et prendre tous les soirs un lavement froid.

Le 18 mai, considérant que la chute et le renversement du vagin n'étaient pas complets, que l'hypertrophie longitudinale du col n'était pas considérable, que, du reste, depuis près d'un mois que la malade était dans mon service soumise au repos et aux toniques, la tumeur ne descendait plus que de 3 centimètres 1/2 hors de la vulve, je pensai qu'il me serait peut-être possible de la guérir sans l'amputation du col, et je lui posai un pessaire à tige mobile.

Le lendemain 19, la malade se plaint de douleurs au col de l'utérus. Le pessaire enlevé, elle indique parfaitement le point qui la fait souffrir; l'instrument est néanmoins replacé.

Le 20 et les jours suivants, la douleur augmente; nous engageons néanmoins la malade à persévérer et à s'armer de patience pendant que les parties s'habitueront au contact de l'instrument, qui n'exerce pas une forte pression. Du reste, il n'y a pas de fièvre; la malade conserve l'appétit.

Le 25, la douleur est si grande que je juge convenable d'enlever ce pessaire.

Le 26, la malade se trouve mieux. — Bain, injections émollientes, repos pendant plusieurs jours. — Les toniques et les astringents locaux, l'iodure de potassium à l'intérieur, sont administrés pendant un mois.

Enfin, le 2 mai, voyant que l'utérus continuait à sortir de la vulve lorsque la malade se mettait debout, et que l'allongement du col était toujours le même et l'écoulement aussi abondant, je me décidai à amputer cette partie.

Le tissu de l'utérus était ferme et résistant, et criait sous le tranchant du bistouri. Les artères de ce tissu ne purent être saisies et liées qu'avec difficulté ; il fallut avoir recours au ténaculum. Encore est-il arrivé pour l'une d'elles qu'en retirant avec précaution le ténaculum la ligature tomba ; mais comme le vaisseau ne donnait plus de sang, une nouvelle ligature ne fut pas placée. — Même pansement que chez Dor....

Le soir du même jour, aucun accident n'est survenu; la malade n'a pas de fièvre, elle a repris sa gaieté naturelle, et elle demande un potage, qui lui est accordé.

Le 3 et le 4, même état; on change la mèche vaginale, on fait des injections intra-vaginales pour enlever les caillots sanguins qui s'étaient accumulés autour de la mèche. — On donne une portion.

Le 5 au soir, un léger érysipèle apparaît au front, les paupières sont un peu tuméfiées; il y a un petit mouvement fébrile. — Bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6, les symptômes d'érysipèle sont à peu près les mêmes, mais la fièvre a disparu. Regrettant de ne pas avoir pris, comme pour les autres malades, la précaution de déterminer une révulsion sur les extrémités inférieures, j'ordonne de faire immédiatement sur ces parties des frictions avec l'huile de croton.

Dès le lendemain, l'éruption se manifeste et les symptômes de l'érysipèle disparaissent.

Le 10 mai, je touche la malade, et je trouve les parties assez chaudes et endolories pour ne pas porter mon doigt au delà de l'entrée du vagin. J'ajourne à un autre moment un examen plus complet.

En me renseignant vers la malade, j'apprends qu'elle est à l'époque de ses règles, que les seins sont un peu douloureux et tuméfiés.

Les règles ne vinrent pas; peut-être faut-il attribuer leur absence à la perte de sang qui eut lieu pendant l'opération et à l'éruption causée par l'huile de croton.

Les jours suivants, l'état de la malade va rapidement en s'améliorant.

Le 26 mai, elle se lève trois heures sans inconvénient.

Le 10 juin, retour des règles; leur arrivée est précédée de fortes douleurs; elles ne sont ni plus ni moins abondantes; seulement, le sang est un peu plus foncé.

Les flueurs blanches, auxquelles la malade était sujette, ont complétement cessé; elle ne les a pas même vues apparaître après ses dernières règles, ce qui se conçoit facilement, puisque nous avons enlevé le principal organe sécréteur du mucus utérin.

Les forces reviennent de jour en jour, et la malade sort complétement guérie et heureuse 19 juin 1852. Voici ce que nous offre alors l'examen des organes sexuels :

L'entrée vulvaire, qui n'est plus dilatée par la présence d'un corps étranger, est rétrécie; l'extrémité supérieure du vagin est revenue sur elle-même et froncée comme l'entrée d'une bourse; les plis sont pressés les uns contre les autres et comme superposés, ce qui double en quelque sorte l'épaisseur des parois vaginales. On remarque au centre de ces plicatures un enfoncement à parois d'un rouge vif, et au fond duquel se trouvent les restes du col de l'utérus. Cette partie est ferme et élastique au toucher. Au milieu est un orifice qui permet l'introduction de l'hystéromètre dans la cavité utérine, qui n'a plus que 6 centimètres d'étendue.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir les avantages qu'a eus l'opération sur tous les autres moyens qui avaient été préalablement mis en usage. Cette femme, au moment de sa sortie, nous promit de revenir nous consulter si elle souffrait de nouveau : nous ne l'avons pas revue, ce qui doit nous faire supposer que la guérison s'est maintenue comme chez les deux malade précédentes.

OBSERVATION XXIV. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale. — Rétroflexion, précipitation de la matrice.— Chute et renversement complets du vagin.— Métrorrhagies fréquentes et abondantes. — Ulcérations de la tumeur, qui ne peut être maintenue réduite.— Calcul vésical. — Accidents généraux. — Amputation du col. — Guérison.— Mort quatre mois après d'abcès dans les reins et de néphrite calculeuse.* (Dessins de MM. Lackerbaüer et Gréard, pl. II.)

Le 29 novembre 1852 est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 377, la nommée Bor... El..., âgée de trente-neuf ans, cuisinière.

Sa mère a eu sept enfants; elle est morte à soixante ans, après avoir eu de fréquentes et abondantes hémorrhagies. Cette femme, qui paraît aujourd'hui avoir une assez bonne constitution, eut, depuis l'âge de quinze à dix-neuf ans, ce qu'elle appelle les pâles couleurs et des palpitations. Les menstrues, qui s'établirent régulièrement, et des ferrugineux qu'on lui administra, ramenèrent la santé.

Les règles furent toujours peu abondantes, irrégulières, et séparées par de la leucorrhée. A vingt-sept ans, elle fit une fausse-couche à sept mois. Elle se leva trois jours après ; cependant, sa santé ne reçut aucune atteinte de cette imprudence. Il y a huit ans, à trente et un ans, elle devint une seconde fois enceinte ; l'accouchement eut lieu à terme, mais il fut long et difficile, au point qu'on fut obligé de recourir à l'application du forceps. L'enfant survécut. Pendant les dix ou douze jours qui suivirent l'accouchement, elle souffrit beaucoup de la vessie. Elle urinait difficilement et avec beaucoup de douleurs. Les trois premiers jours, on fut obligé de la faire uriner. Elle se leva le huitième jour.

Après cet accouchement, elle conserva de la douleur derrière le pubis et dans les reins; mais les menstrues revinrent d'une façon plus régulière. Bientôt, sous l'influence de la fatigue, et probablement de la parturition laborieuse qui avait eu lieu, des accidents se manifestèrent du côté du bassin. Les douleurs du bas-ventre devinrent plus intenses. Il survint des besoins pressants d'uriner joints à une miction impossible, ou s'accompagnant de frissons, de tremblements, lorsque la malade voulait faire des efforts violents pour rendre ses urines. Celles-ci étaient souvent troubles, blanchâtres, et laissaient déposer au fond du vase un sédiment d'un jaune grisâtre. Elles exhalaient une odeur désagréable peu de temps après avoir été rendues. En même temps les douleurs des reins augmentaient. Bor... éprouvait une sensation de pesanteur au périnée, et quelquefois la matrice se présentait à la vulve (mais elle pouvait rentrer facilement). Il y avait une grande difficulté pour aller à la selle, et de la douleur dans les rapprochements sexuels. Elle soutenait la matrice avec un mouchoir. Si, voulant surmonter les accidents, elle continuait à marcher et à se fatiguer, il lui survenait des douleurs profondes dans les reins, au-dessous des hypochondres, douleurs qui se propageaient jusqu'au bas-ventre et que la malade compare à celles de la parturition. Il arrivait souvent que ces douleurs étaient accompagnées de fièvre, et elles la retenaient au lit pendant deux ou trois jours.

Enfin les fonctions utérines elles-mêmes se dérangèrent, la menstruation devint tout à fait irrégulière. Le sang arrivait à flots et subitement, puis, quelques heures après, l'hémorrhagie cessait brusquement. Fréquemment ces métrorrhagies étaient précédées et accompagnées de souffrances et de chaleur dans la région lombaire et de fréquents besoins d'uriner. Les urines étaient troubles et bourbeuses. La défécation était toujours plus ou moins difficile. Malgré ses douleurs, la malade continua à travailler ; aussi petit à petit, le prolapsus devint de plus en plus complet ; puis, pour comble de malheur, elle perdit, il y a quatorze mois, sa place de cuisinière, et fut obligée d'entrer dans une maison où on lui fit frotter l'appartement. Ce nouveau

genre de travail aggrava sa position ; la matrice sortit complétement, s'enflamma, devint douloureuse, s'ulcéra, et il ne fut plus possible de la faire rentrer. Mais à partir de ce moment, les accidents furent moins graves du côté des organes pelviens : la miction, la défécation devinrent plus faciles que quand l'utérus était engagé dans le détroit inférieur. La douleur et la chaleur des reins persistèrent cependant, et les urines continuèrent à être troubles, épaisses et souvent fétides.

Il y a environ six semaines, cette femme, dont les forces n'égalaient pas le courage, renversa sur ses pieds une chaudière remplie d'eau bouillante. Ces parties furent brûlées au premier et au deuxième degré, et dans quelques points très limités au troisième degré. Cet accident, uni à ses autres souffrances, la détermina à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La face dorsale du pied est le siége de deux ou trois petites ulcérations superficielles et irrégulières. La peau de cette partie est atteinte d'une légère inflammation érysipélateuse.

Du côté des organes sexuels, on remarque, entre la partie supérieure et interne des cuisses, et suspendue au-dessous de la vulve, une tumeur lisse, régulière, d'une teinte rosée, légèrement violacée et framboisée, grosse comme la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur est un peu pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas. Cependant, lorsqu'on recommande à la malade de faire des efforts comme pour uriner, son extrémité supérieure se renfle et devient au moins égale à l'inférieure. C'est dans cet état que le dessin en a été fait, afin de rendre plus évidentes les deux principales parties qui composent la masse. Elle a une forme et des caractères qui la différencient des autres tumeurs du même genre. Sur sa face antérieure, elle présente successivement, et de haut en bas : 1° un sillon demi-circulaire qui la sépare des rides du tubercule antérieur du vagin ; 2° un renflement arrondi, mou et souple, et comme fluctuant, formé par la vessie ; 3° le col de l'utérus qui forme un mamelon dur, élastique, et au centre duquel se trouve l'orifice extérieur de l'organe. Cet orifice qui est régulier, a à peu près le diamètre d'une plume à écrire. Il est placé presque au milieu de la hauteur de la tumeur, à 6 centimètres de l'extrémité supérieure et à 5 de l'extrémité inférieure ; 4° à 1 centimètre et demi au-dessous de cet orifice se voit un sillon à concavité supérieure dont les extrémités se portent sur les faces latérales ; 5° au-dessous de ce sillon, une surface semi-lunaire régulièrement convexe, qui appartient à l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin renversé. Cette dernière partie, au lieu d'être souple comme d'habitude, est ferme et résistante. Les faces latérales de la tumeur, non-seulement sont légèrement aplaties, mais offrent chacune, vers le milieu de leur hauteur, une dépression qui, en avant, se continue avec les extrémités du sillon qui est au-dessous du col de l'utérus, et, en arrière, avec une autre dépression qui est placée plus haut, de sorte que la totalité de la tumeur est en quelque façon divisée en deux parties par un rétrécissement circulaire qui descend plus bas en avant qu'en arrière. La partie antérieure et supérieure est composée par la paroi antérieure du vagin, le col de l'utérus, et un prolongement de la vessie ; la partie postérieure et inférieure, par la paroi du vagin et le fond de l'utérus fortement rétrofléchi, comme nous le montrerons bientôt, et un prolongement du rectum. La face postérieure est presque plate dans son tiers supérieur ; dans ses deux tiers inférieurs, elle est sur la ligne médiane plus renflée que d'habitude.

Voici les dimensions que présente la tumeur : dans la partie la plus renflée, c'est-à-dire en bas, elle a 29 centimètres de circonférence ; en haut, vers son pédicule, 26 centimètres ; de la base au sommet, 11 centimètres ; transversalement, 8 centimètres ; diamètre antéro-postérieur en bas il n'est que de 4 centimètres ; vers le milieu de la hauteur, au niveau de l'orifice du col, il est de 6 centimètres.

Le vagin est si complétement renversé, en avant comme en arrière, qu'on ne trouve plus même un simple sillon bien dessiné au-dessus de la tumeur qui se confond avec les parties qui composent la vulve. La membrane muqueuse présente quatre ulcérations assez étendues, peu profondes, à bords irréguliers, taillés en biseau de dehors en dedans, et rougeâtres. Le fond est d'un gris jaunâtre, pointillé de rouge : les deux plus larges sont placées sur la face antérieure de la tumeur ; les deux plus petites, sur la face postérieure, vers le pédicule.

A première vue, et sans avoir palpé la tumeur, guidé par l'expérience, je crus pouvoir annoncer aux personnes qui étaient présentes un allongement hypertrophique de l'utérus, et par conséquent un agrandissement du diamètre vertical de la cavité utérine. J'introduisis l'hystéromètre dans la cavité du col, et suivant les règles que réclame cette opération, et l'instrument ne pénétra qu'à 4 centimètres. Je cherche à reconnaître l'obstacle ; je dirige la concavité de l'hystéromètre en bas, et je porte son extrémité presque horizontalement en arrière, et il pénètre facilement jusqu'à 8 centimètres. Je pensai alors que j'avais affaire à une véritable précipitation de l'utérus sans allongement hypertrophique. Je portai toute mon attention sur ce fait; je palpai l'extrémité inférieure de la tumeur; je reconnus qu'elle contenait un corps ferme et élastique du volume et de la forme du fond de l'utérus. L'hystéromètre, introduit dans le col de l'organe, mettait à volonté ce corps en mouvement. Il ne me restait presque plus de doute sur l'existence d'une rétroflexion ; cependant, pour m'en assurer, et pour convaincre en même temps les personnes qui m'entouraient, j'introduisis le doigt dans le rectum ; je le portai, à l'aide du prolongement qu'il envoyait dans la tumeur, jusque sous ce corps que je fis basculer de bas en haut, et d'avant en arrière. A l'instant même, l'hystéromètre, dont l'action était combinée avec celle du doigt, pénétra, comme de lui-même, à 13 centimètres de profondeur, et le corps de l'utérus reprit sa position et sa direction normales, sans que la partie antérieure et supérieure de la tumeur sous-vulvaire eût éprouvé aucun changement ; la partie postérieure et inférieure avait seule diminué de volume et de longueur.

Ne voulant pas fatiguer la malade, je remis au lendemain la palpation de la tumeur et le cathétérisme vesical ; je prescrivis un bain, tisane commune et trois portions, des compresses émollientes sur la tumeur, repos au lit.

Le 2 décembre, nous complétons l'examen et l'interrogation de la malade: le corps de l'utérus est retombé en rétroflexion, et la tumeur a repris tous ses caractères. En la palpant avec attention, on reconnaît que sa partie supérieure et son pédicule sont souples, creux, qu'ils ne renferment rien de solide dans leur épaisseur ; au contraire, les deux tiers inférieurs renferment, à partir de l'orifice du col de l'utérus, un corps dur et résistant dont on peut suivre à travers les parois vaginales, les contours et la forme. Entre l'orifice du col et la partie la plus déclive de la tumeur, ce corps décrit une courbe dont la concavité est dirigée en bas et en avant. Sur ses côtés on sent une espèce de cordon qui se porte en haut et en dehors, et qui devient moins sensible lorsqu'on relève le fond de l'utérus; il est probable qu'il est formé par les annexes de cet organe.

Une grande portion de la vessie est entraînée au dehors et occupe, dans le bassin et dans la cavité du vagin renversé, la place de l'utérus. On s'assure de ce fait, non-seulement en portant une sonde dans la vessie, mais aussi en introduisant le doigt dans le rectum. Ce doigt rencontre aussitôt et sans aucun autre intermédiaire que l'épaisseur des parois rectale et vésicale, l'extrémité de la sonde. Il sent aussi un vide absolu au-dessus du corps dur précité, et rencontre presque immédiatement les doigts qui, à l'extérieur, palpent la partie supérieure de la tumeur. Pour faire pénétrer la sonde dans la vessie, il a fallu la diriger un peu en arrière, puis presque aussitôt directement en bas.

L'hystéromètre est porté dans l'utérus; cette fois, comme la voie à parcourir est connue, il pénètre tout de suite et sans rencontrer aucun obstacle, en lui donnant une direction convenable, à 13 centimètres de profondeur. Le corps de l'utérus est relevé, redressé et placé dans sa situation. On sent alors l'organe entre le doigt qui est dans le rectum et ceux qui, au dehors, sont appliqués sur la tumeur. Le col forme, comme chez les autres malades atteintes d'allongement hypertrophique, une tige plus ou moins résistante qui occupe le centre de la tumeur sous-vulvaire. La paroi antérieure du rectum envoie dans la partie postérieure et inférieure du prolapsus un prolongement qui a une longueur de 5 centimètres. La malade nous apprend qu'à part les accidents dont nous avons déjà parlé, depuis quelque temps la digestion est troublée; elle a quelquefois de la diarrhée et souvent de la fièvre; depuis que des ulcères se sont développés sur la tumeur, celle-ci est le siége d'une suppuration abondante et fétide qui épuise ses forces; elle y éprouve des douleurs et des cuissons causées par le contact des urines, des matières fécales et le frottement des cuisses, ce qui la met dans l'impossibilité de marcher et de faire des efforts. C'est à la vive douleur qu'elle ressentit au moment où elle soulevait la chaudière pleine d'eau chaude, qu'elle attribue d'avoir renversé celle-ci et de s'être brûlée.

Même traitement que la veille; seulement comme la tumeur est moins enflammée et moins douloureuse, les compresses émollientes sont remplacées par un linge fenêtré couvert de cérat.

Le 5 décembre, la tumeur a beaucoup diminué de volume, je peux, avec la plus grande facilité, sans le secours de l'hystéromètre, non-seulement faire disparaître la rétroflexion, mais réduire complétement la tumeur dans le bassin, l'utérus peut être remonté à sa place. Un pessaire élytroïde modifié fut placé et maintenu avec un bandage en T. Repos au lit.

Le 10, coliques, douleurs violentes de chaque côté de la région lombaire, fréquents besoins d'uriner, urines troubles, fièvre légère, diarrhée. Dans un effort de défécation, la tumeur et le pessaire sont poussés au dehors. Bains, cataplasmes laudanisés sur le ventre, lavement amidonné et laudanisé, eau de riz, deux bouillons, deux soupes.

Le 12, la malade se trouve beaucoup mieux; je réduis de nouveau la tumeur. Pensant que la présence du pessaire élytroïde avait été pour quelque chose dans la manifestation des accidents qu'elle venait d'éprouver, je le remplaçai par le pessaire plat de M. Hervez de Chégoin, qui a l'avantage de ne pas comprimer la vessie, qui remonte plus haut dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et qui est plus apte à soutenir le fond de l'utérus. Il est maintenu avec un bandage, il ne détermine pas de douleurs à proprement parler.

Le 13, la malade se plaint de malaise, de sentiment de tiraillement, de plénitude dans le bassin; pas d'évacuations alvines depuis le 11.

Le 14, dans un effort pour aller à la selle, le nouveau pessaire est également chassé au dehors, bien que la malade ait fait son possible pour le retenir: la tumeur le suivit.

Le 15, la tumeur est moins volumineuse que lors de l'entrée de la malade; elle n'est plus enflammée, et les ulcérations sont à peu près cicatrisées. Voyant l'impossibilité de maintenir les pessaires, la gêne qu'ils paraissaient déterminer, je conseillai à la malade de faire rentrer la tumeur et de la maintenir réduite le plus exactement possible avec un simple chauffoir, comme elle l'avait fait pendant longtemps, et je prescrivis des injections vaginales astringentes trois fois par jour; tous les soirs, un lavement froid; le sejour au lit.

Le 21, bien que l'état du côté des organes sexuels soit satisfaisant et que les ulcérations soient entièrement cicatrisées, la malade ne reprend pas, elle a de l'inappétence, de la faiblesse et un peu de fièvre. Elle attribue cet état au chagrin que lui cause son infirmité, et la misère à laquelle elle l'a réduite. Cet état maladif et surtout la fièvre, me font craindre quelque altéra-

tion cachée, et m'empêchent, au moins pour le moment, de proposer la nouvelle amputation du col. Bains tous les deux jours.

Le 28, Bor... se trouve beaucoup mieux ; les besoins d'uriner sont moins fréquents, les urines plus claires ; pas de fièvre ; le prolapsus est toujours complet. Les règles sont apparues depuis avant-hier au soir ; jusqu'à présent elles ne paraissent pas devoir être trop abondantes.

Le 4 janvier 1853, les règles n'ont duré que cinq jours, elles n'ont pas fatigué la malade qui, à cela près de quelques douleurs dans les reins, se trouve bien et n'a pas de fièvre. Elle demande à être débarrassée de sa tumeur qui est toujours pendante entre les cuisses et la fait souffrir sitôt qu'elle se tient debout ou cherche à marcher. Les bains sulfureux sont continués.

Les jours suivants, le mieux se soutient, la fièvre ne reparaît pas; je me décide à opérer la malade, et je fixe l'opération au mardi 11.

Le 9 au soir, je fais pratiquer des onctions avec dix gouttes d'huile de croton sur les jambes et le bas des cuisses. On évite avec le plus grand soin que le haut des cuisses et la tumeur soient en contact avec ce médicament.

Le 10 au matin, trois verres d'eau de Sedlitz ; le soir un lavement.

Le 11, l'intestin étant évacué, l'éruption causée par l'huile de croton étant en pleine évolution, j'opère la malade. J'enlève 5 centimètres et demi de la longueur du col, qui avait conservé toute sa consistance. Une assez grande quantité de sang veineux s'écoule, peu de sang artériel. Quatre artères d'un médiocre volume sont coupées et liées immédiatement. L'utérus est réduit dans le bassin, et maintenu encore avec plus de soin que chez les autres malades, avec une grosse mèche munie, à son centre, d'une forte sonde de gomme élastique.

Au lieu de faire coucher la malade sur le dos, on la fait coucher sur le ventre, et plus tard, lorsqu'elle fut fatiguée de cette position, sur le côté droit, afin d'éviter autant que possible que l'utérus ne retombe dans la concavité du sacrum, qui est au reste en grande partie remplie par la mèche, à laquelle, dans cette circonstance, on peut toujours donner un volume considérable sans faire souffrir la malade, le vagin et l'ouverture vulvaire étant considérablement élargis.

Le 11 au soir, fièvre légère ; il s'est écoulé une certaine quantité de sang, pas assez cependant pour qu'il soit nécessaire d'enlever l'appareil. La malade éprouve un besoin douloureux d'uriner qu'elle ne peut satisfaire ; on la sonde.

Le 12, la nuit a été assez agitée ; il y a eu cependant quatre heures de sommeil ; pas de fièvre ; le ventre n'est ni tendu, ni douloureux ; chaleur et cuissons désagréables aux extrémités inférieures. Le besoin de prendre de la nourriture se fait sentir : deux bouillons et une soupe sont ordonnés. On est encore obligé de sonder la malade.

Le 13, l'état est très satisfaisant ; la mèche est enlevée ; il s'écoule du vagin des caillots de sang noir, d'une odeur désagréable. Je fais moi-même une injection émolliente tiède, et je pose une autre mèche. Pas de tuméfaction, ni de douleur abdominale. On donne une portion d'aliments. Les jours suivants, la malade continue à bien aller.

Le 17, on accorde deux portions d'aliments. L'utérus reste en place ; on ne fait plus de pansements, on les remplace par de simples injections émollientes. La malade urine sans le secours de la sonde depuis le 14 ; seulement, les urines sont encore troubles et causent, au moment de la miction, quelques cuissons dans le canal.

Les 18 et 19, même état.

Le 20, la malade éprouve, pour la première fois depuis dix jours, le besoin d'aller à la selle ; un lavement huileux est administré : l'évacuation des matières a lieu sans douleurs et sans que

l'utérus retombe. Il est vrai que nous avons bien recommandé à la malade de faire le moins d'efforts possible. — Les jours suivants, pas de changement appréciable; l'espérance revient.

Le 26, vingt-sept jours après l'opération, sans cause connue, sans imprudence commise, mouvement fébrile, douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, derrière le pubis; cependant le ventre n'est ni tuméfié, ni tendu. Je touche la malade, et ne trouve ni chaleur, ni sensation anormale au vagin, ni à l'utérus; seulement, en avant, vers le bas-fond de la vessie, et un peu sur les côtés, la pression, même légère, est douloureuse. — Bains, injections émollientes, lavement de même nature, cataplasme laudanisé sur le ventre. Une portion d'aliments.

Le 27, même état.

Le 28, les règles sont arrivées dans la nuit, elles coulent convenablement; la malade est moins souffrante, la fièvre moins forte.

Le 1er février, mieux très manifeste; les règles ont presque cessé. — Deux portions d'aliments.

Le 10, la malade se lève et est placée au soleil dans son fauteuil.

Tous les jours suivants, elle répète le même exercice et fait quelques pas dans la salle sans que la matrice ou le vagin se déplace et sans souffrance du côté des organes sexuels. La défécation s'exécute facilement et sans douleur; il n'en est pas de même de la miction, qui est toujours un peu douloureuse.

Le 15, examen des organes sexuels. Bor... est assez bien pour se rendre seule au cabinet du spéculum et monte sans aide sur le lit; la plaie vagino-utérine est entièrement cicatrisée; au fond de la cicatrice, qui est lisse et luisante, le reste du col de l'utérus forme une petite saillie rouge et percée à son centre d'une petite ouverture qui a 3 ou 4 millimètres d'étendue.

Le 24 au soir, après s'être donné plus de mouvement que d'habitude, après avoir rendu quelques services à des malades, elle est prise d'un peu de fièvre, de douleurs dans les lombes de chaque côté du ventre. Le lendemain matin, les accidents sont les mêmes; les urines sont fréquentes et épaisses; elle dit qu'elle souffre davantage quand elle se redresse que quand elle se courbe, se penche en avant. Je la touche, et je ne trouve rien du côté des organes sexuels qui puisse rendre compte de ces phénomènes. Le bas-ventre n'est pas même sensible à la pression. — Bain, cataplasme laudanisé sur tout le ventre, lavement émollient; diète. — Ces phénomènes morbides et inflammatoires continuent pendant six jours. Les règles, dont l'époque est arrivée, ne paraissent pas. J'ordonne dix sangsues à la région vulvo-anale, et un bain de siége après la chute des sangsues.

Le lendemain, 2 mars, la malade est moins souffrante. Une portion d'aliments est accordée.

Du 2 au 19, la santé et les forces reviennent graduellement; toutefois, elle éprouve toujours de la douleur dans la région dorso-lombaire lorsqu'elle se relève trop brusquement ou veut se tenir très droite. A partir du 6, elle prit tous les deux jours un bain sulfureux; ces bains, dit-elle, lui font beaucoup de bien.

Le 20, elle descend au jardin avec quelques personnes qui sont venues lui faire visite. Elle reste longtemps assise sur un banc; là, elle est saisie par le froid. A peine remontée dans la salle, elle éprouve un frisson très intense, des douleurs violentes de chaque côté des lombes, douleurs qui retentissent à l'épigastre, mais surtout au bas-ventre et à la vessie.

Le 21, ces accidents sont tout aussi intenses. Les urines sont très chaudes et sanguinolentes; les régions costo-iliaque et lombaire sont très sensibles à la pression, à droite surtout; la fièvre est violente; rien du côté des organes sexuels. Il est évident que la malade est atteinte d'un accès de coliques néphrétiques semblables à celles qu'elle avait eues déjà, mais qui étaient moins bien caractérisées. — Tisane d'orge, de graine de lin et de racine de guimauve; vingt-

quatre sangsues, douze de chaque côté des flancs; un grand bain, grands cataplasmes laudanisés. Deux bouillons.

Le 22, les douleurs sont un peu moins vives, la face moins altérée; la miction est fréquente et les urines purulentes. — Même traitement; lavement laudanisé; cataplasmes sinapisés aux jambes après le bain.

Les jours suivants, les douleurs sont moins vives, mais la fièvre continue ; il y a toujours un sentiment de pesanteur et de gêne dans les lombes; les urines restent purulentes et glaireuses. — Les forces ne reviennent pas. — Nous mettons la malade à l'usage de l'eau de Vichy.

Le 3 avril, sa maîtresse vient la visiter et lui déclarer que, puisqu'elle ne se rétablit pas, elle se voit dans la nécessité de la remplacer par une autre domestique : cette nouvelle l'afflige beaucoup et lui cause de la fièvre.

Le 17, elle demande une permission de sortir pour déménager sa chambre; cette journée fut des plus fatigantes. Elle rentra le soir, vers les six heures, plus souffrante que jamais, pouvant à peine se tenir debout et se traîner.

L'interne de garde est appelé : il fait appliquer trente sangsues, quinze de chaque côté du ventre.

Les douleurs persistent, ainsi que la fièvre ; les urines deviennent de plus en plus épaisses, fétides et purulentes; l'appétit se perd entièrement, le marasme arrive, et la mort a lieu le 13 mai.

Autopsie. — J'y procède moi-même avec la plus grande attention.

Abdomen. — Aucune trace de péritonite, soit générale, soit locale. Partout la masse intestinale est libre et flottante. La portion de l'intestin grêle qui descend dans l'excavation pelvienne, n'a contracté aucune adhérence avec les organes de cette cavité. On ne trouve dans la cavité péritonéale aucun épanchemant de quelque nature que ce soit. La partie du péritoine qui, dans l'excavation pelvienne, recouvre la vessie, l'utérus et le rectum, ne présente ni adhérences, ni fausses membranes. Partout le péritoine a conservé sa teinte et sa transparence normales.

L'utérus et ses annexes sont sains. Rien, en un mot, dans l'état des parties que nous venons d'indiquer, n'annonce qu'elles aient été le siége d'une inflammation aiguë ou chronique (voy. pl. II, fig. 2 et 3). Un petit kyste séreux, du volume d'une noisette, est appendu, à l'aide d'un pédicule filiforme long de 1 centimètre et demi, à l'une des laciniures de la trompe gauche.

Le vagin, dont les parois sont plus épaisses qu'à l'état naturel, offre un grand nombre de plis à direction transversale, plis qui se sont reformés depuis la réduction de la tumeur, car tous étaient effacés pendant l'existence du prolapsus. L'extrémité supérieure de ce canal présente une cicatrice circulaire, déprimée, qui a à peu près 3 centimètres et demi d'étendue en tous sens. En avant, son fond est en partie formé par la portion la plus reculée du bas-fond de la vessie, ce dont il est facile de s'apercevoir après avoir vidé et insufflé ce réservoir. En arrière, le fond de cette cicatrice est formé par une légère couche de la paroi postérieure du vagin, ménagée lors de l'opération, une légère lame de tissu cellulaire et le cul-de-sac postérieur du péritoine, ce qui donne une cloison qui a un demi-centimètre d'épaisseur. La partie inférieure du corps de l'utérus forme, au centre de la cicatrice, une petite saillie mamelonnée, percée au milieu d'un petit orifice qui transversalement a de 3 à 4 millimètres.

Ce qui reste de l'utérus est tout à fait sain. L'épaisseur et la largeur ont leurs dimensions normales; la longueur est de 6 centimètres.

Les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur ont à peu près leur étendue naturelle. Le cul-de-sac postérieur était remonté à sa place depuis l'opération et la réduction de la tu-

meur. Sur la paroi antérieure se voient encore, dans l'étendue de 9 centimètres (pl. II, fig. 2 EE), les traces de la bride que devait former, pendant l'existence du prolapsus, le feuillet rectal du cul-de-sac postérieur du péritoine, bride qui, chez cette malade, devait être d'autant plus forte que le corps de l'utérus était en rétroflexion complète et que le fond de l'organe était plus bas que le col. Cette bride devait fortement entraîner la partie supérieure du rectum et la fin de l'S iliaque vers la base de la cavité vaginale. Aussi cette femme avait depuis la chute de l'utérus une grande difficulté pour aller à la selle.

Appareil urinaire. — Toutes les altérations pathologiques existaient dans cet appareil, et les troubles fonctionnels que, dès le principe, nous avions attribués à la chute de l'utérus qui altère aussi, mais à un moindre degré, les fonctions des organes urinaires, dépendaient de ces altérations. La *vessie* était hypertrophiée, petite, à parois épaisses ; elle contenait une petite quantité d'urines purulentes et un petit calcul irrégulier du volume d'un noyau de cerise ; la membrane muqueuse était d'un gris ardoisé. Les *uretères* étaient fortement dilatés et leurs parois épaissies (pl. II, fig. 2 B) ; ils contenaient également de l'urine mêlée à une grande quantité de pus. Les *reins* avaient un volume d'un grand tiers supérieur à celui de l'état normal. Ils étaient dilatés, bosselés, durs, ramollis dans certains points, fluctuants dans d'autres. Leur couleur était aussi très variée, ils étaient comme marbrés ; ici d'un rouge brun, là tout à fait noirs ; dans d'autres parties gris ou entièrement jaunes. Les *bassinets*, dilatés, étaient confondus par d'anciennes adhérences, par l'hypertrophie et l'induration du tissu cellulaire avec les artères et les veines émulgentes. La cavité des reins dilatée en ampoule, irrégulière, cloisonnée, se continuait sans ligne de démarcation avec celle des uretères ; elles étaient remplies de pus et d'urine. Il y avait deux calculs dans le rein droit et trois dans le gauche, ils étaient d'une forme très irrégulière, et présentaient des renflements, des rétrécissements, et çà et là quelques points plus ou moins allongés.

Si nous eussions reconnu la maladie des reins avant l'opération, nous ne l'eussions pas pratiquée : mais nous attribuâmes, avec la malade, les douleurs des lombes et les troubles fonctionnels des voies urinaires au prolapsus de l'utérus. La chute complète de la matrice et sa rétroflexion ont probablement été produites en partie par les efforts violents et réitérés que faisait la malade pour uriner.

Observation XXV. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Précipitation de cette partie. — Renversement presque complet du vagin ; incontinence d'urine ; ulcération de la tumeur ; emploi inutile des pessaires, nuisible même. — Réduction complète et contention impossible. — Amputation. — Guérison.* (Dessin de Hamon, pl. VIII, fig. 3.)

Le 30 mars 1853 est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée Aud... Mar..., âgée de quarante ans. Journalière, douée d'une bonne constitution, elle se livra, dès l'âge de treize ans, aux travaux pénibles de la campagne ; elle était très souvent debout et portait fréquemment des fardeaux sur la tête. Elle vint à Paris, à vingt-deux ans, et se plaça chez un nourrisseur en qualité de domestique. Là, elle continua à se livrer à un travail pénible. Mariée à vingt-quatre ans, elle devint enceinte quelques mois après. La grossesse fut heureuse ; l'accouchement long, difficile et très douloureux ; l'enfant était très fort ; elle se leva le sixième jour et reprit son travail le dixième. Un mois après, lorsque les règles reparurent, elle éprouva de la pesanteur vers la partie ; elle y porta la main et sentit un corps dur et mobile qui avait de la tendance à sortir, surtout lorsqu'elle faisait des efforts pour aller à la selle ; à chaque époque menstruelle elle éprouvait les mêmes incommodités.

Dans l'espace de trois ans, elle eut deux autres enfants ; après chacun de ses deux derniers accouchements, la matrice sortit un peu plus. Il y a, dit-elle, neuf ans environ, que la matrice pend entre les cuisses, seulement la tumeur était moins volumineuse et moins longue qu'aujourd'hui. Vers cette époque, comme elle souffrait beaucoup, ne pouvant travailler, elle fut à la consultation du bureau central où on lui posa un pessaire, probablement en gimblette, car elle assure qu'il avait la forme d'un anneau. Il la fit d'abord souffrir; peu à peu les souffrances disparurent, et il ne lui causa plus que de la gêne. Il lui causait aussi des besoins fréquents d'uriner et de l'ardeur au col de la vessie; elle retenait moins facilement ses urines. Elle prétend que les règles coulaient moins bien et étaient moins doulonreuses ; elle ôtait alors son pessaire et se trouvait mieux. Plus tard, des flueurs blanches abondantes se manifestèrent; elle les attribua à la présence du pessaire et renonça à son usage. Quelque temps après, la matrice tomba de nouveau et forma une tumeur plus volumineuse. Elle consulta un médecin qui, averti du peu de succès du pessaire en anneau, posa un pessaire en bondon. Elle ne put l'endurer que pendant deux jours; il déterminait de fréquents besoins d'aller à la garderobe ; il sortit, malgré la malade, dans un effort de défécation ; elle ne se trouva pas soulagée, et le mit de côté comme le premier.

A partir de ce moment, la tumeur reparut entre les cuisses et ne fut plus réduite. Depuis quatre mois et demi, elle s'est ulcérée et est devenue le siége d'un écoulement sanguin et purulent. C'est surtout pour remédier à ces complications et à une incontinence incomplète d'urine que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel, 2 avril. — On voit sortir de la vulve et pendre au-dessous d'elle une tumeur qui a la forme et le volume d'un gros citron, dont la grosse extrémité dirigée en haut se confond en avant avec les plis du tubercule antérieur du vagin, et en arrière remonte dans la cavité de ce conduit, à 2 centimètres et demi au-dessus de la fourchette. Au sommet de la petite extrémité, qui descend jusqu'à la naissance du tiers moyen de la cuisse lorsque la malade est debout, on trouve l'orifice du col de l'utérus placé un peu plus en arrière qu'en avant. Cet orifice, qui transversalement présente près de 2 centimètres d'étendue, a la forme d'un croissant dont la concavité est dirigée en arrière.

La longueur du prolapsus est de 10 centimètres ; la largeur de 6 1/2.

La paroi antérieure du vagin est complétement renversée et prolapsée. Les trois quarts supérieurs de la paroi postérieure ont seuls accompagné le col ; le quart inférieur est resté à sa place ; aussi la paroi antérieure du rectum n'envoie-t-elle aucun prolongement dans l'épaisseur de la tumeur. Il n'en est pas de même de la vessie qui, en avant, forme sous la paroi du vagin un renflement hémisphérique et fluctuant. Cette partie augmente et fait plus de saillie lorsque la malade éprouve le besoin d'uriner, et diminue à mesure que l'urine s'écoule.

En avant et sur les parties latérale et antérieure de la tumeur, existent trois ulcérations irrégulières, peu profondes, grisâtres à leur surface, rouges et enflammées vers leurs bords qui sont douloureux. C'est un sentiment de chaleur et de cuisson insupportables quelquefois, surtout lorsque les ulcères sont baignés par l'urine, ce sont de véritables élancements. L'ulcération antérieure, qui est la moins large, est un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes; elle n'existe que depuis une vingtaine de jours. Les deux antéro-latérales sont les plus larges ; elles ont l'étendue d'une pièce de 2 francs; elles fournissent un pus sanieux souvent mêlé à du sang.

Lorsqu'on palpe la tumeur, on sent, au centre, un corps allongé qui part du sommet de la masse prolapsée et remonte jusque dans le bassin. — Une sonde portée dans la vessie, puis dirigée horizontalement d'avant en arrière et sur la ligne médiane, ne peut venir soulever la

face postérieure du vagin, arrêtée qu'elle est par la présence de la tige centrale. Si l'on dévie cet instrument à droite ou à gauche, on le voit et on le sent vers la partie latérale et postérieure de la tumeur.

L'hystéromètre introduit par l'orifice du col remonte, dans la cavité utérine, à une hauteur de 13 centimètres 3 millimètres, ce qui, avec l'épaisseur du fond, donne une longueur de 14 centimètres passés pour la totalité de l'utérus. — Le doigt indicateur porté dans le rectum peut suivre la tige de l'instrument à travers les tissus, et reconnaître son extrémité ainsi que le fond de la matrice, situés derrière le pubis, à 1 centimètre environ au-dessous du bord supérieur de cette articulation. On peut même avec l'hystéromètre, et sans faire souffrir la malade, remonter le fond de la matrice jusqu'au-dessus du pubis, de manière à la sentir par le toucher hypogastrique.

Les troubles fonctionnels ne sont pas très graves lorsque la malade peut garder le repos; mais sitôt qu'elle est debout depuis quelques heures, elle ressent des douleurs, des tiraillements dans les lombes et dans les reins. La tumeur irritée par le frottement des vêtements, froissée par les cuisses dans les mouvements, devient elle-même plus ou moins douloureuse, et tout travail, excepté celui d'aiguille, devient impossible. Joignez à cela l'incommodité repoussante de ne pouvoir retenir ses urines lorsqu'elle est dans une position verticale depuis plusieurs heures, lorsqu'elle fait un effort un peu énergique, tousse ou rit aux éclats. — Tisane commune, bains; pansement des ulcérations avec charpie et cérat, compresses, repos au lit; deux portions.

Le 15 avril, la tumeur est moins volumineuse, elle n'est plus douloureuse, l'ulcération antérieure est cicatrisée, les deux ulcérations latérales sont très rétrécies, détergées et couvertes de bourgeons charnus. — Le même traitement est continué; on y ajoute un bain sulfureux tous les deux jours.

Le 27, les deux grandes ulcérations sont complétement cicatrisées, la tumeur est encore moins volumineuse que lors de notre dernier examen; elle ne présente plus qu'une longueur de 7 centimètres au lieu de 10 centimètres. Voulant savoir si cette diminution de 3 centimètres était le résultat de la diminution du volume de l'utérus, je cathétérise de nouveau cet organe et je trouve que sa cavité a exactement 13 centimètres de longueur. La tumeur était donc moins volumineuse, sous l'influence du repos horizontal et de la suppression des efforts, elle était un peu remontée dans le bassin. Je tentai de la réduire entièrement et de la maintenir avec le pessaire en pelle de M. Hervez de Chégoin. Voici ce qui arriva: le corps de l'utérus ainsi que son col remontèrent d'abord facilement dans le bassin dans l'étendue de 3 centimètres environ. En continuant la réduction et en cherchant à faire rentrer le reste de la tumeur, ce qui devint plus difficile, je remarquai que le corps de l'organe ne remontait plus, qu'il était même fixé, au point que les manœuvres de réduction, que je continuai à exercer, ne servaient qu'à tasser l'utérus sur lui-même et à courber le col en arrière, à mesure qu'il rentrait avec le vagin dans le bassin. Lorsque la totalité de la tumeur fut réduite, l'ensemble de l'utérus présentait un arc de cercle très courbé dont la concavité dirigée en bas et en avant embrassait la vessie, et la convexité dirigée en haut et en arrière remplissait la courbe du rectum et la concavité du sacrum. Cette vicieuse réduction put néanmoins être obtenue sans douleur, et j'essayai de la maintenir avec le pessaire, sauf à le retirer s'il faisait souffrir la malade. L'introduction et la pose de cet instrument furent un peu difficiles et douloureuses; une fois placé, la malade nous assura qu'il lui causait plutôt de la gêne que de la souffrance; je l'engageai à le garder, ce qu'elle fit. Peu à peu la gêne devint plus grande, les douleurs se manifestèrent ainsi que des besoins pres-

que irrésistibles d'aller à la selle, et elle fut obligée de l'ôter dans la nuit. Le lendemain la tumeur était ressortie.

Le 29, je prescrivis des bains de siége froids, des lotions toniques et astringentes, et tous les soirs un petit lavement froid.

Le 10 mai, la tumeur devient plus volumineuse, plus pesante ; la malade y ressent de la chaleur et des élancements.

Le 11, les règles arrivent et durent cinq jours, elles sont très abondantes et laissent après elles de la faiblesse.

Le 17, l'affection ne subissant plus aucune amélioration, continuant à incommoder la malade, à l'empêcher de travailler, à entretenir l'incontinence d'urine, je me décidai à pratiquer l'opération.

Le 19, la malade est purgée le matin, et le soir une onction avec l'huile de croton est pratiquée sur les jambes et les cuisses.

Le 21, je pratique l'amputation de la totalité du col de l'utérus de la même manière que chez les malades précédentes, avec cette différence que pour saisir et lier deux artères du tissu utérin, au lieu de me servir de pince ou d'un ténaculum qu'il faut enlever, je me servis d'épingles recourbées pour saisir les vaisseaux et les lier avec un fil jeté et noué sur la convexité de l'épingle que je laissai à demeure. Un autre fil était fixé à la tête de l'épingle, afin de pouvoir la retirer les jours suivants, et l'empêcher de s'égarer parmi les autres pièces de l'appareil. Je coupai la pointe avec une pince incisive, afin que cette partie ne s'enfonçât pas dans les tissus voisins. — La portion enlevée de l'utérus avait une longueur de 5 centimètres ; elle présentait la substance de l'organe à l'état sain.

Le 21 au soir, pas d'hémorrhagie, pas de douleur abdominale ; fièvre légère, 85 pulsations. L'interne du service, M. Blache, a débouché deux fois la sonde afin d'évacuer la vessie ; ce qui tourmentait le plus la malade, c'était le besoin d'uriner.

Le 22 et le 23, aucun accident, pas de fièvre ; la mèche est changée pour la première fois le 23 au matin ; on fait une injection d'eau tiède. Une portion d'aliments est accordée..

Le 24, en changeant la mèche, les deux épingles et les ligatures qu'elles maintenaient tombent et sont amenées avec la mèche. — On fait une injection, on ordonne deux portions d'aliments.

La malade a continué à aller parfaitement jusqu'au 10 juin, époque où cesse tout pansement. L'utérus restant à sa place et la plaie ne donnant presque pas de pus, on fait seulement deux injections par jour, une le matin, l'autre le soir. Depuis plusieurs jours la malade mange trois portions.

Le 17, à l'examen au spéculum, on trouve la plaie entièrement cicatrisée, le fond du vagin présente une dépression froncée, rougeâtre qui va en se retrécissant, se confondre avec un petit mamelon percé à son centre et froncé lui-même. La malade est considérée comme guérie ; on lui permet de se lever deux heures.

Le 18, on touche la malade et on reconnaît que l'utérus ne s'est pas déplacé. — Afin de savoir si la guérison était solide, je garde cette femme à l'hôpital jusqu'au 21 août. Pendant près de deux mois elle aida les infirmières à faire leur service et ne fut nullement incommodée. A partir de l'opération et de la réduction de la tumeur, elle a toujours pu retenir ses urines.

Les règles ne reparurent que le 12 août ; elles eurent lieu sans douleur et furent moins abondantes que pendant le prolapsus. J'engageai cette femme à revenir me voir si la tumeur reparaissait, et je ne l'ai jamais revue, ce qui doit me faire supposer que la guérison s'est maintenue.

Observation XXVI. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Renversement complet du vagin. — Métrorrhagies fréquentes et abondantes. — Pessaire nuisible. — Amputation de la portion sus-vaginale du col. — Guérison sans accidents du côté des organes sexuels et abdominaux. — Tubercules du cerveau. — Mort par méningo-encéphalite.* (Dessin de M. Lakerbaüer, pl. X.) — Observation recueillie par M. Courot, interne du service.

Le 17 octobre 1852, est entrée dans le service de M. Huguier, quatrième pavillon, n° 400, une malade, nommée Roc... Lou... Jean..., âgée de quarante-sept ans, piqueuse de bottines. Elle paraît avoir été douée d'une bonne constitution. Elle fut réglée pour la première fois à dix-sept ans, sans difficulté ni accidents. Les menstrues furent toujours régulières jusqu'au moment où s'est manifestée la maladie que nous allons décrire. Dans l'intervalle des règles, elle avait de la leucorrhée.

Elle s'est mariée à vingt-huit ans. Peu de temps après son mariage, elle devint enceinte, et accoucha à terme sans difficulté et sans accidents. Elle se rétablit promptement, et n'éprouvait aucune espèce de souffrance quand, en 1849, par suite de manque d'ouvrage, elle fut obligée de se mettre marchande des quatre saisons. Cette nouvelle profession l'obligeait à marcher beaucoup et à rester constamment debout. Il lui survint des douleurs très vives dans l'hypogastre ; bientôt elle s'aperçut que sa matrice descendait.

Il y a trois ans et demi, le 6 mars 1849, elle entra à l'hôpital de Lourcine pour une syphilide et des tubercules muqueux à la vulve ; elle y fut amenée par la police ; elle fut rendue à la police le 4 mai, après un séjour de deux mois.

Il y a deux ans, elle eut une métrorrhagie, qu'elle attribue à une grande contrariété. Cette perte dura huit jours ; elle fut accompagnée de fièvre, de violentes douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs étaient plus fortes à gauche qu'à droite ; il y avait même du gonflement de ce côté. Les règles furent ensuite très irrégulières et apparurent tous les douze ou quinze jours. Il en est encore de même aujourd'hui ; aussi cette femme est-elle pâle et très affaiblie.

Depuis un an les rapports sexuels sont devenus tellement douloureux que cette femme a cessé de voir son mari ; aujourd'hui elle ne peut marcher ni même se tenir debout sans éprouver des douleurs très intenses dans les reins, les aines et les cuisses. Ses jambes flageolent sous elle lors même qu'elle n'a pas de douleurs. Parfois la matrice a pu remonter et rester assez longtemps en place.

Elle a porté pendant un an un pessaire en anneau. De temps en temps il lui causait des douleurs, et il ne la soulageait pas. Enfin, les douleurs devenant plus vives et continues, elle n'a pu le supporter plus longtemps. Elle affirme qu'elle n'a jamais eu de troubles vers la miction ni la défécation depuis qu'elle a son prolapsus.

Tel était l'état de cette malade quand elle fut amenée dans le service de M. Sandras pour une pneumonie. A la fin de sa convalescence, elle se plaignit de sa maladie de matrice, qui la mettait dans l'impossibilité de travailler et lui causait, disait-elle, une grande faiblesse et des tremblements dans les jambes. M. Sandras l'adressa à M. Huguier, qui l'examina le 18 octobre, et trouva entre les cuisses, au-dessous de la vulve, une tumeur ayant le volume et la forme d'un œuf très allongé ; son diamètre vertical, mesuré du sommet au méat urinaire, est de 9 centimètres, et le transversal de 4 centimètres 3 millimètres vers le point le plus large. Le pédicule de la tumeur est étroit ; il n'écarte pas fortement les nymphes l'une de l'autre, comme cela se voit d'ordinaire. Il n'existe plus de vagin à proprement parler, car il est complétement renversé ; à peine si en arrière existe une petite rainure qui sépare le pédicule de la tumeur de

la fourchette. La membrane muqueuse vaginale est pâle et ne présente des rides qu'à la partie antérieure du pédicule; sa consistance est à peu près normale.

L'orifice du col, qui se présente sous la forme d'un petit croissant dont la convexité est dirigée à gauche, est placé à la partie antérieure de l'extrémité inférieure de la tumeur. — La vessie n'envoie qu'un très faible prolongement dans la tumeur, le rectum n'en envoie pas; aussi le méat urinaire est-il visible chez cette malade, et la miction, ainsi que la défécation, ne sont pas troublées. C'est aussi ce qui explique pourquoi les diamètres transversal et antéro-postérieur de la tumeur sont peu considérables.

M. Huguier a diagnostiqué d'avance qu'il y avait une hypertrophie longitudinale de l'utérus et une augmentation de sa cavité dans le sens de sa longueur. En effet, une sonde cannelée tout entière, jusqu'à son pavillon, a pu pénétrer dans l'utérus, et bientôt l'hystéromètre a prouvé que la cavité de cet organe avait 13 centimètres de profondeur.

Le toucher rectal permet de suivre l'instrument et la face postérieure du col; mais il ne peut remonter assez haut pour atteindre le fond de l'organe, que la main gauche, placée sur l'hypogastre, sent, ainsi que l'extrémité de l'hystéromètre, au-dessus des pubis, en ramenant en avant le fond de l'organe. — Tisane commune, bain, repos au lit; deux portions d'aliments.

Le 20, M. Huguier veut essayer l'application d'un pessaire ovalaire; la malade s'y oppose formellement à cause de l'inutilité du premier pessaire et des douleurs qu'il avait déterminées. M. Huguier, en face des douleurs, des accidents hémorrhagiques que détermine cette affection, et de l'impossibilité dans laquelle se trouve cette femme de marcher et de subvenir à ses besoins, lui propose d'enlever sa tumeur, proposition qui est acceptée avec empressement.

Le 24 octobre, en présence de M. Barth et de plusieurs autres médecins, après avoir chloroformé la malade, il procède à l'amputation de la portion sus-vaginale du col de la manière suivante : il fait saisir le museau de tanche avec une pince de Museux, le fait tirer en haut et en avant, introduit l'indicateur gauche dans le cul-de-sac postérieur, par le rectum; puis, avec un bistouri droit ordinaire, il pratique une incision semi-lunaire à concavité tournée en haut sur le point d'union de la paroi postérieure avec le col; il incise ensuite avec soin, et couche par couche, le tissu de la partie postérieure du col en se portant de plus en plus vers la cavité utérine. Il pratique ces incisions avec soin et avec la plus grande attention, afin de ne pas léser le péritoine, qui de ce côté descend très bas. Disons qu'il commence par ces incisions inférieures afin d'être moins gêné par le sang, et parce qu'il les regarde comme la partie la plus délicate de l'opération à cause du voisinage du péritoine, dont il faut éviter la lésion.

Dans le second temps de cette opération, il fait tirer le col en bas et en avant, et décrit sur l'insertion de la paroi antérieure du vagin une seconde incision semi-lunaire à concavité dirigée en bas, de telle sorte qu'elle embrasse le pourtour de la moitié supérieure de la base du museau de tanche, et que ses extrémités viennent rejoindre les extrémités de l'autre incision. Il dissèque ensuite rapidement et hardiment la partie antérieure du fond de la vessie qu'il refoule et fait refouler en haut et en arrière. Ce décollement de la vessie et de la partie antérieure du col est opéré dans l'étendue de 3 centimètres. Il incise ensuite obliquement de bas en haut et de dehors en dedans les couches les plus superficielles du tissu utérin. Alors le col ne tient plus au reste de l'utérus que par un pédicule du volume du petit doigt; il le divise d'un seul coup à l'aide d'un grand ciseau courbe.

Pendant l'opération, il n'y eut ni accident, ni hémorrhagie; on ne fit pas de ligatures. M. Huguier nous fait observer que c'est la première fois qu'il pratique cette opération sans être obligé de faire plusieurs ligatures d'artères. Sitôt après cette section, l'utérus et le vagin sont remontés à leur place et maintenus à l'aide d'une grosse mèche au centre de laquelle est placé

un bout d'une grosse sonde de gomme élastique pour empêcher que cette mèche se tasse et se pelotonne. Elle est fixée avec de la charpie, des compresses et un bandage en T. La malade est reportée à son lit. — Orangeade, repos absolu au lit, le bassin élevé.

Dans la journée, il y eut des besoins d'uriner, un peu de douleur et de ballonnement du ventre, et un suintement sanguin assez abondant, mais pas d'hémorrhagie. Dans la soirée, on renouvela le pansement, on mit une autre mèche, et la malade passa une très bonne nuit.

Le 25 octobre, l'état général est excellent, le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux; la malade peut uriner sans qu'on retire la mèche; plus de suintement sanguin. — Orangeade, lavement simple; on maintient le bassin élevé; on couvre le ventre par précaution d'un grand cataplasme émollient. — Deux bouillons.

Le 26, Roc... accuse quelques coliques, de la céphalalgie, des douleurs dans les talons. Elle a un léger état fébrile qui dure de quatre à dix heures du soir, qui est précédé d'un léger frisson, mais non suivi de sueurs.

Le 28, l'état général est le même; pas de douleurs, pas d'embarras, ni de tension vers le ventre; la fièvre revient à la même heure.

2 novembre. Les deux jours précédents, la fièvre revint toujours à la même heure; elle dura plus longtemps et fut plus intense. M. Huguier prescrit 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois fois.

Le 4 novembre, les accès de fièvre cessèrent d'être réguliers et intermittents; la peau devint constamment chaude, le pouls irrégulier et rapide; la céphalalgie prit une intensité extrême et fut accompagnée d'une tendance continuelle au sommeil; pas de douleur ni de tension abdominale. — Lavement purgatif, cataplasmes sinapisés aux jambes, continuation du sulfate de quinine.

Le 7 novembre, l'assoupissement est encore plus prononcé; la malade n'est tirée de son état de stupeur que pour donner des signes de délire aigu et d'agitation; elle pousse de temps en temps des cris perçants inarticulés; il faut l'interpeller vivement pour obtenir d'elle une réponse. Elle ne reconnut pas son oncle, qui vint la voir dans le jour. En l'examinant avec la plus grande attention, on ne trouve pas chez elle de paralysie, ni du mouvement, ni du sentiment. Les pupilles sont mobiles et non dilatées; il n'y a pas de surdité; la respiration est normale. Elle ne demande pas à manger, mais elle prend du bouillon qu'on lui offre. Elle rend involontairement les urines et les matières fécales. M. Huguier prescrit des compresses trempées dans l'eau froide sur la tête, des sinapismes aux jambes, et une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 8, l'abattement et la somnolence sont plus prononcés; la malade pousse à de longs intervalles des plaintes décousues; elle porte de temps en temps la main à sa tête, comme pour indiquer qu'elle souffre en ce point. Il n'y a toujours aucun accident du côté du ventre, qui reste plat, mou et indolent à la pression. Le pouls est plus rapide, plus petit, plus irrégulier que les jours précédents; son facies est beaucoup plus altéré. M. Huguier et moi soupçonnons l'existence d'un abcès métastatique au cerveau.

Le 9, l'état est au moins aussi grave; la langue est sèche, les dents fuligineuses, et cependant il y a une sorte d'amélioration en ce sens que l'intelligence semble moins obscurcie. La malade répond facilement et catégoriquement aux questions qu'on lui adresse; mais ce mieux ne fut que très passager, car la malade succomba le 10 vers six heures du matin.

Autopsie le 11. — *Appareil encéphalique.* Congestion séreuse dans les méninges; il y a au moins un demi-verre de sérosité légèrement sanguinolente dans l'arachnoïde cérébrale. On trouve deux tubercules gros chacun comme la moitié d'une grosse noisette dans la partie inférieure du lobe antérieur droit du cerveau. Ces tubercules sont jaunâtres, friables, plus fermes

que la substance cérébrale dans l'épaisseur de laquelle ils sont placés. L'examen microscopique fit voir que ces petites masses étaient composées de matière tuberculeuse. La substance cérébrale était rose et injectée.

Le *cœur* était sain, ainsi que les *poumons;* seulement, le bord postérieur de ces derniers était gorgé de sang.

On ouvre avec le plus grand soin la cavité abdominale; on n'y trouve pas le plus léger épanchement de sérosité claire ou opaque; il n'y en a pas davantage dans les culs-de-sac péritonéaux. Le péritoine, qui passe de la vessie sur la face antérieure de l'utérus, a conservé toutes ses propriétés physiques; il est même transparent, il glisse avec facilité de l'utérus sur la vessie et *vice versa.* Le tissu sous-péritonéal est également très sain et conserve aussi sa transparence, sa laxité et sa souplesse; il en est de même de celui qui tapisse le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal.

Toutefois, sur la surface postérieure gauche de l'utérus, on observe des fausses membranes très anciennes, résistantes, minces, claires et transparentes, qui unissent l'utérus à la partie correspondante du rectum. Une bride, longue d'un pouce et demi environ, mince et transparente, unit le fond de l'utérus à la face antérieure du rectum, un peu au-dessous de l'angle sacro-vertébral. Cette bride a son bord libre et tranchant dirigé en avant; son bord postérieur est adhérent à l'intestin; elle a à peine 1 millimètre dans sa plus grande épaisseur (pl. X, fig. 2, HH). Cette bride tient l'utérus un peu rétroversé. Des pseudo-membranes minces, comme pelliculaires, transparentes et en réseau, s'étendent de la partie antérieure gauche du corps de l'utérus aux annexes du côté correspondant. Rien à droite, si ce n'est au niveau de la trompe deux petits kystes sessiles, du volume d'une noisette, renfermant une sérosité transparente d'un jaune légèrement rosé; l'une semble dépendre du pavillon de la trompe, l'autre de l'ovaire. Sur aucun point de l'utérus, de ses annexes, ou du tissu cellulaire voisin, on ne trouve de pus ni de traces d'inflammation aiguë ou récente; il en est de même des veines du col, du corps de l'utérus et des ovaires. Fendues en tous sens, on n'y trouve aucune altération. Elles sont volumineuses, contiennent du sang noir non coagulé. Les vaisseaux lymphatiques de ces parties n'offrent aucune lésion; ils ne sont pas même visibles. L'ovaire du côté gauche est atrophié et induré; la trompe correspondante offre des *flexuosités* et trois dilatations formées par l'accumulation de son mucus; la plus considérable le volume d'une grosse noisette. Des adhérences anciennes, que nous avons décrites plus haut, l'ont accolée à la partie latérale et postérieure gauche de l'utérus.

Le vagin présente de nombreuses et fortes plicatures transversales; les colonnes antérieure et postérieure sont plus prononcées que d'habitude. L'extrémité supérieure de ce conduit, c'est-à-dire la portion qui forme les culs-de-sac utéro-vaginaux offre une cicatrice lisse, polie, luisante, de forme circulaire, dont le grand diamètre est dirigé d'avant en arrière (pl. X, fig. 2, C) et a 4 centimètres d'étendue. Le diamètre transversal n'a que 2 centimètres 1/2. Cette cicatrice est limitée par un bord légèrement arrondi, offrant 2 ou 3 millimètres de saillie au-dessus de la surface de la cicatrice. Celle-ci répond en arrière à la partie inférieure du cul-de-sac péritonéal postérieur, dont elle n'est séparée que par une couche de tissu ayant 5 millimètres d'épaisseur; aussi cette cloison est-elle transparente. En avant et en haut, elle est formée par la partie postérieure du bas-fond de la vessie, de telle sorte que la surface extérieure de la base de cet organe constitue à elle seule le cul-de-sac antérieur du vagin dans une étendue de 2 centimètres d'avant en arrière et de 3 centimètres transversalement. De sa partie la plus reculée, c'est-à-dire qui se confond avec l'utérus, jusqu'au fond du cul-de-sac utéro-vésical du péritoine, on trouve une cloison qui offre près de 3 centimètres d'étendue, de sorte qu'on eû

pu décoller dans l'opération la vessie de l'utérus plus qu'on ne l'a fait, sans crainte de léser le péritoine.

Sur les côtés, cette cicatrice se perd dans l'épaisseur des ligaments larges ; il existe entre elle et l'uretère, de chaque côté, environ 1 centimètre de tissu cellulo-adipeux. Au-dessous d'elle, la partie supérieure du vagin est froncée. Au centre de cette cicatrice, on voit saillir les restes de la partie supérieure du col de l'utérus, qui vient s'y ouvrir obliquement de haut en bas et d'arrière en avant en forme de bec-de-flûte. L'orifice accidentel de la cavité du col, bien que cicatrisé, n'a subi aucun rétrécissement. Cet orifice offre transversalement 8 millimètres, et d'avant en arrière 5 millimètres. La totalité de la cavité utérine du corps et du reste du col présente 6 centimètres 1/4 de longueur. La longueur totale de l'utérus est de 7 centimètres 1/2, sa largeur de 5 centimètres 1/2, son épaisseur de 4 centimètres. L'épaisseur du fond, de la face interne à la face externe, est de 1 centimètre. Cet organe avait donc repris ses dimensions naturelles. Le cul-de-sac postérieur du péritoine n'a que 7 centimètres de profondeur.

Le tissu de l'utérus n'offre absolument aucune altération ; il est ferme, d'une consistance anormale, d'un blanc légèrement rosé ; sa cavité renferme un peu de mucus filant et transparent.

M. Huguier a disséqué lui-même les aponévroses pelvienne et périnéale, qui n'étaient bien manifestes que sur les parties latérales du bassin.

Les reins, le foie et la rate furent trouvés entièrement sains.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à répondre avec toute liberté et impartialité à cette question : La mort a-t-elle été la conséquence de la lésion qu'on a fait éprouver à l'utérus et au vagin ? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative.

1° Parce que l'examen le plus attentif du péritoine, de tous les organes abdominaux, et particulièrement des organes pelviens, n'a pu nous faire découvrir la moindre trace de péritonite aiguë, de suppuration, de métrite, de phlébite ou d'angioleucite. Les vaisseaux lymphatiques et les veines du col de l'utérus, des ligaments larges et des ovaires, ne nous ont offert aucune altération ;

2° Parce que, nulle part, nous n'avons trouvé de trace de pus ou d'infection purulente ;

3° Parce que déjà la plaie utéro-vaginale était cicatrisée et qu'autour de la cicatrice il n'existait pas le plus léger signe d'inflammation ;

4° Parce que, pendant la vie, on n'a jamais observé aucun symptôme d'affection utérine ou abdominale ;

5° Enfin, parce que les accidents que la malade a présentés et les altérations qu'on a trouvées dans l'encéphale rendent parfaitement compte de la mort. Depuis longtemps déjà le cerveau était malade, puisqu'il renfermait deux tubercules qui, tôt ou tard, soit spontanément, soit sous l'influence d'une perturbation du système nerveux, eussent amené le développement de la méningo-encéphalite à laquelle la malade a succombé, si la chloroformisation n'a pas été la principale cause de la manifestation de cette maladie à laquelle la malade était prédisposée par l'altération préalable de l'encéphale. Si donc l'opération a été pour quelque chose dans le développement de la méningo-encéphalite, elle n'a agi que comme cause perturbatrice générale du système nerveux central, et non comme opération spéciale. Tout ébranlement de l'économie, toute action chirurgicale eût pu causer le même résultat.

OBSERVATION XXVII. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Rétroflexion; renversement complet du vagin. — Ulcération ; incontinence d'urine; métrorrhagies. — Déchirure de la partie antérieure du périnée; affaiblissement considérable du plancher du bassin. — Un grand nombre de moyens ont été inutilement employés. — Amputation de la portion sus-vaginale du col. — Guérison passagère.* (Pl. VIII, fig. 4.)

Bout... Sophie, âgée de trente-sept ans, ancienne blanchisseuse, est entrée le 28 avril 1856, n° 407. Femme petite, blême, d'une chétive constitution, d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-sept ans. A cette époque, établissement d'une menstruation douloureuse et irrégulière, qui cesse au bout de trois mois pour être remplacée par des flueurs blanches pendant trois ans. Dans ce moment, la matrice était déjà située très bas, et elle apparaissait même à l'extérieur, au dire de la malade. Au bout de trois ans, la menstruation se rétablit, mais d'une manière irrégulière, et plusieurs fois l'écoulement sanguin prenait tous les caractères d'une perte. Bout... dit qu'elle n'a jamais eu d'enfants; elle assure n'avoir eu qu'une fois des rapports ave un homme ; des renseignements et l'état des parties sexuelles et celui de l'abdomen nous portent à douter de l'exactitude de ses assertions. En effet, l'abdomen présente de profondes et nombreuses vergetures; la partie antérieure du périnée est déchirée, l'ouverture vulvaire fort large, la nymphe gauche présente une cicatrice de déchirure, et toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin sont considérablement affaiblies. La malade, qui remplit maintenant les fonctions d'infirmière dans une maison religieuse consacrée aux femmes infirmes, craint probablement, en disant la vérité, de perdre sa place, ou la considération dont elle jouit. Comme la malade travaillait toujours debout, l'utérus se précipita de plus en plus ; ce n'est qu'il y a quatre mois que le déplacement devint aussi étendu que nous le voyons aujourd'hui. Du reste, ce n'est qu'à partir de ce moment que la malade commença à éprouver des douleurs lombaires violentes, des sensations de brûlure à la partie ; elle était forcée d'uriner à chaque instant. Elle était habituellement constipée; elle songea alors à se faire traiter. M. Baumès essaya l'application d'un pessaire, mais il ne put tenir en place. Bout... en même temps prit un grand nombre de bains.

Tout travail étant devenu impossible, elle entra dans le service de M. Huguier en octobre 1854; la tumeur fut dessinée.

La malade fut tenue continuellement au lit pendant sept mois, le bassin élevé ; en même temps, on essaya de maintenir l'utérus par le rétrécissement du vagin et de la vulve. Le fer rouge fut plusieurs fois employé dans ce but; il fut même appliqué deux fois sur le col. Une ulcération survint consécutivement sur la surface de celui-ci ; elle fut guérie par l'application de mèches cératées, le résultat du traitement fut nul et la malade sortit au mois d'août 1855 dans l'état où elle était entrée.

Depuis ce temps, les choses ont persisté, et la malade revient à l'hôpital le 28 avril 1856. A l'état de repos, c'est-à-dire lorsqu'elle est couchée ou assise depuis quelques instants, la malade n'éprouve aucun malaise, aucune douleur. Ce n'est que lorsqu'elle est levée depuis dix minutes environ, qu'elle sent un corps pesant descendre lentement et proéminer à travers la vulve. Alors la marche devient presque impossible par suite de la compression que les cuisses font éprouver à la tumeur. La précipitation de l'utérus a lieu également, lorsque la malade fait un effort pour uriner ou pour aller à la selle, mais alors le phénomène se produit brusquement. Lorsque l'utérus est sorti, la malade éprouve un tiraillement très pénible dans la région lombaire et dans le ventre, une sensation de compression à 'anus; les envies d'uriner sont très

fréquentes, mais le phénomène le plus pénible consiste dans des douleurs très violentes dans la tumeur elle-même ; la malade les compare à des coups de couteau. En se mettant au lit, elle repousse elle-même l'utérus, et les douleurs cessent comme par enchantement. Lorsqu'on la touche dans cet état, le doigt rencontre le col de l'utérus immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin ; il est assez volumineux et sa surface est sèche. Autour de lui est une énorme voûte qui l'enveloppe complétement, et qui permet de sentir d'un côté le corps de l'organe, de l'autre presque toutes les parois du bassin. La muqueuse vaginale est sèche et ses rides ont complétement disparu. On ne sent que quelques bourrelets formés par le plissement de la paroi, par suite du tassement qui s'opère lors de la rentrée de l'utérus.

Lorsque la tumeur est dehors, on reconnaît facilement qu'elle est formée par l'utérus et les parois du vagin renversé. La muqueuse vaginale est luisante en certains points, rugueuse en d'autres ; elle est recouverte de vergetures rougeâtres transversales, rappelant les plis normaux du vagin, mais ne faisant aucune saillie. La muqueuse est mobile sur le corps de l'utérus, et on peut en soulever des plis assez considérables. Elle est épaissie, et a à peu près la consistance de la peau. Les parois antérieure et postérieure du vagin ont été complétement retournées par le prolapsus utérin ; mais les latérales ne l'ont été qu'incomplétement, de sorte qu'on rencontre encore de chaque côté un cul-de-sac peu profond. Une grande ulcération douloureuse existe à 3 centimètres au-dessous de l'ouverture du col. Une portion de la vessie a été entraînée par l'utérus dans sa chute, de sorte qu'elle est aussi en dehors de la vulve, entre la paroi antérieure du vagin et la paroi antérieure de l'utérus. Une sonde, introduite dans l'orifice uréthral, doit être poussée, la concavité en bas, pour pénétrer dans la vessie. On la voit alors cheminer dans l'épaisseur de la tumeur et arriver jusqu'à 1 ou 2 centimètres du sommet au col de l'utérus ; le fond de la vessie pénètre jusqu'à ce niveau.

L'orifice du col est trop étroit pour recevoir l'hystéromètre, mais une sonde cannelée pénètre assez facilement ; elle démontre que la cavité de l'utérus, corps et col, a une longueur de 11 centimètres et demi. Mais pour constater cet allongement, il faut d'abord remédier à une direction vicieuse qu'a prise le corps de l'utérus ; il est en rétroflexion sur le col. Cette rétroflexion est, du reste, très facile à faire disparaître.

Les incommodités et les souffrances qu'éprouve la malade lui font demander avec instance l'opération qui, dit-elle, a été pratiquée avec succès sur des personnes de sa connaissance.

Opération le 24 juin. — 1er *temps.* — Incision demi-circulaire à la partie postérieure de la tumeur, à 2 centimètres du sommet du col.

2e *temps.* — Séparation du cul-de-sac péritonéal recto-utérin ; incision divisant successivement les diverses couches de l'utérus en allant de la superficie au centre, et en remontant de plus en plus vers le corps de l'organe jusqu'à ce qu'on arrive dans sa cavité.

3e *temps.* — Une sonde étant introduite dans la vessie et pénétrant jusqu'à la partie la plus inférieure de son fond, une incision analogue à celle de la partie postérieure, et la rejoignant de chaque côté, est pratiquée immédiatement au-dessous de ce fond.

4e *temps.* — On décolle la vessie des couches superficielles de l'utérus ; seulement on remonte plus haut qu'à la partie postérieure. Lorsqu'on arrive à la cavité de l'organe, les deux incisions se rejoignent. Une portion de l'organe est enlevée complétement. Six ligatures sont appliquées dans le courant de l'opération.

Après l'opération, la tumeur présente à son sommet un cône creux, dont l'extrémité supérieure aboutit à la cavité de l'utérus. La portion enlevée représente, au contraire, un cône plein ayant en avant une longueur de 4 centimètres, un peu moins considérable en arrière.

Elle est traversée par la cavité du col. La tumeur est réduite et une forte mèche est intro-

duite dans le vagin; plusieurs compresses appliquées l'une sur l'autre, et retenues par de longues bandelettes de diachylon, maintiennent l'appareil. La malade est couchée sur le dos, le bassin très élevé; les membres sont entourés d'ouate, et des frictions avec l'onguent napolitain sont faites par précaution sur l'abdomen.

Dans la journée, écoulement de sang assez abondant; tendances assez répétées à la syncope; nausées, rejet des boissons, douleurs légères dans l'abdomen; compresses trempées dans l'eau froide sur la partie inférieure du ventre. La malade est sondée à neuf heures du soir, et l'on retire environ 200 grammes d'urine.

26 *juin.* — Les douleurs abdominales ont disparu; pas de fièvre. La perte de sang a cessé; on change la mèche. La malade est sondée deux fois par jour.

Pendant les derniers jours de juin, le ventre reste souple, sans douleurs même à la pression; la fièvre a complétement cessé. Le 30, la malade se plaint de quelques douleurs dans le bas-ventre. Applications d'onguent mercuriel; vésicatoires ammoniacaux aux cuisses.

2 *juillet.* — Les douleurs ont complétement disparu; abdomen souple; le cathétérisme n'est plus nécessaire; la mèche a été enlevée hier définitivement.

5 *juillet.* — Suppuration abondante et fétide par le vagin. Le doigt introduit pour voir s'il n'était pas resté quelque corps étranger dans la cavité vaginale, n'en rencontre aucun. Il arrive dans une sorte de cône creux formé par la perte de substance de l'utérus. Injections émollientes trois fois par jour.

Le 6 juillet, Le paquet de ligatures composé d'un assez grand nombre de fils est entraîn au dehors par la suppuration.

Le 9, à partir de la chute des ligatures, la suppuration diminue rapidement; aujourd'hui quelques gouttes de pus à peine apparaissent à la vulve; la malade se trouve très bien et mange une portion depuis deux jours.

Le 14, la malade va très bien, sauf une constipation assez opiniâtre qui nécessite l'emploi fréquent des purgatifs. Elle éprouve de temps en temps quelques coliques dans le bas-ventre. — Injections émollientes, une portion.

Le 20 juillet, la suppuration est à peu près terminée, l'utérus reste en place; le repos qui, jusqu'ici a été strictement observé, n'est plus nécessaire. La malade se lève un peu dans la journée et s'en trouve très bien. L'appétit semble se relever. Il y a désir de boissons cordiales et toniques, telles que limonade vineuse et vin, qui sont accordées.

Le 22, plus de douleurs; les fonctions digestives sont en assez bon état. La malade a repris des forces et le séjour hors du lit est très bien supporté.

Le 26, l'appétit disparaît, quelques légères douleurs apparaissent dans le bas-ventre. — Dans la journée, la malade est en proie à un mouvement fébrile débutant par des frissons et se terminant par de la chaleur et une légère moiteur à la peau. Sentiment de courbature générale, besoin de repos absolu. Rien du côté du péritoine. Le ventre est souple, l'utérus est à sa place et se maintient bien. — Extrait de quinquina, bouillons froids, sulfate de quinine, 0g,50.

Les deux ou trois jours suivants, les mêmes phénomènes se répètent malgré l'emploi du sulfate de quinine. On ne se rend compte de ces phénomènes qu'en invoquant le retour probable des règles retardées. — Application de serviettes chaudes et de sinapismes sur les cuisses et l'hypogastre.

Le dernier jour de juillet, les règles apparurent, elles furent peu abondantes, pâles, comme la malade les avait avant l'opération. Elles durèrent deux jours. Pendant le courant du mois d'août, la santé de la femme Bout..., fut assez bonne, elle put se lever, se promener dans les salles et descendre au jardin. A la fin du mois d'août, des douleurs lombaires très fortes appa-

rurent accompagnées d'angoisses, de céphalalgie, de douleurs dans les aines, le pouls s'accélère. Rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme. Les douleurs durèrent ainsi pendant sept jours, mais furent à leur maximum pendant les deux premiers jours. Les règles ne vinrent pas, ce dont la malade ne s'étonna pas, vu l'irrégularité habituelle de la menstruation. Les douleurs se dissipèrent peu à peu, mais en laissant quelque sensibilité à la région lombaire.— Application d'un vésicatoire à cet endroit qui détermine une cystite cantharidienne, laquelle disparut au bout de trois jours. Le vésicatoire enleva les derniers restes de la douleur lombaire, et pendant le mois de septembre Bout... se porta très bien ; sa tristesse disparut, les fonctions digestives se rétablirent, elle demande sa sortie le 24 septembre 1856. Nous procédons à son examen avant sa sortie de l'hôpital.

Aucune tumeur ne proémine entre les grandes lèvres. Lorsqu'on entr'ouve celle-ci, on aperçoit, à l'entrée du vagin, une petite tumeur rouge, muqueuse, formée par la paroi postérieure du vagin, augmentant par les efforts de toux et par l'introduction du doigt introduit dans le rectum (rectocèle vaginal). Le doigt introduit dans le vagin trouve le col assez haut, au moins à 7 centimètres. Le col est représenté par une cicatrice à deux lèvres ayant une direction transversale dans son plus grand diamètre, et à laquelle on reconnaît une partie centrale formée par le col utérin. De chaque côté partent deux brides cicatricielles formées par la partie excisée des parois vaginales. L'utérus reste à sa même plaee lorsque la malade se lève et se promène.

J'ai revue la malade un an plus tard, et j'ai appris d'elle que quatre mois après, à la suite de fatigue, la tumeur s'était reproduite. Toutefois la rétroflexion n'existe plus et la malade est moins souffrante. La tumeur ne reprend jamais un volume aussi considérable que celui qu'elle offrait avant l'opération.

Observation XXVIII. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. Renversement incomplet du vagin ; opération ; guérison.*

Boutre... Vict... Alex..., blanchisseuse, quarante-cinq ans, rue des Boudoux, 17, à Courbevoie, entrée le 3 juillet 1856.

Réglée à l'âge de seize ans, menstruation assez irrégulière, seulement depuis quelques années les époques menstruelles reviennent d'une manière plus régulièrement périodique.

Mariée à vingt et un ans, les trois premières années du mariage, pertes après cessation des règles pendant deux ou trois mois (véritables fausses couches au nombre de quatre, autant que s'en souvienne la malade). Après trois ans de mariage un premier enfant. Cette couche fut très heureuse et ne fut suivie d'aucun accident. Le second accouchement, il y a quatorze ans, fut long et laborieux ; après quarante-huit heures de travail, le médecin fut obligé d'appliquer le forceps ; l'enfant sortit vivant et existe encore ; le médecin prévint la malade qu'elle serait obligée de porter un pessaire. Remise de ses couches, elle se trouva fort bien, et se dispensa de suivre le conseil de son médecin. Devenue enceinte une troisième fois, elle accoucha heureusement et promptement. Après cette couche, Boutre... sentait dans l'intérieur du vagin une grosseur qui descendait lorsqu'elle travaillait beaucoup. Une fausse couche et enfin une dernière conception il y a trois ans environ. Pendant sa grossesse, vers le premier mois, la malade fut obligée de porter un bandage. La grossesse continua à l'aide de ce moyen, et alla à son terme ; l'accouchement eut lieu heureusement. Depuis lors, la tumeur, que la malade avait sentie dans le vagin, continua à descendre et à augmenter. Elle arriva assez promptement au volume qu'elle a aujourd'hui. La pression déterminait une gêne assez grande

chez la malade; elle craignait les approches de son mari qui pour elles étaient toujours fort douloureuses. Elle éprouvait une pesanteur dans les lombes et dans les aines. Obligée par son état de se livrer à d'assez grands efforts, elle ressentait une fatigue considérable, et était souvent forcée de suspendre son travail. Les règles ont toujours continué à couler, et même d'une manière plus régulière que dans les commencements. La tumeur était réductible, on essaya de la maintenir réduite à l'aide d'un bandage composé d'une ceinture et d'une bande de cuir passant entre les cuisses au-devant du pubis et de l'ouverture vulvaire, supportant une masse d'ivoire que la malade introduisait dans le vagin pour soutenir la tumeur.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade s'étant levée dès le matin, nous pûmes constater l'état suivant : tumeur faisant saillie entre les lèvres de la vulve, de forme cylindrique, descendant 7 centimètres environ au-dessous de l'ouverture vulvaire, recouverte d'une membrane muqueuse rose pâle, mobile sur les parties sous-jacentes, sèche, épaisse, n'offrant presque aucune trace des plis transversaux du vagin. En la palpant, on sent une sorte de noyau central et résistant formé par le col de l'utérus. Le doigt, contournant cette tumeur, est arrêté au niveau de la symphyse du pubis, et ne peut remonter. Sur les côtés, mais surtout en arrière, le doigt peut remonter dans le vagin jusqu'à la moitié de la deuxième phalange. Les parois vaginales sont donc complétement renversées en avant, mais non sur les côtés et en arrière. Au sommet de cette tumeur se trouve une fente transversale à bords inégaux, irréguliers, offrant des cicatrices : c'est l'ouverture de la cavité utérine. Cette fente reçoit facilement une sonde cannelée qui s'enfonce librement, et en ligne droite, dans une longueur de 11 à 12 centimètres. Le méat urinaire est à sa place ; mais par le cathétérisme, on constate un changement de direction du canal de l'urèthre et de la vessie. Il faut, pour arriver dans la vessie, que la sonde ait une forte courbure (une sonde d'homme est l'instrument le plus convenable) ; de plus, il faut que la sonde soit introduite, la concavité dirigée d'abord horizontalement, puis en bas et un peu en avant. On voit alors le bec de la sonde cheminer vers les parois de la tumeur sous la muqueuse qu'elle soulève. Le bec de la sonde, arrêté par le fond de la vessie, soulève la muqueuse à 2 centimètres environ de l'extrémité inférieure de la tumeur. La vessie a donc été entraînée par l'utérus ; liée à cet organe par un tissu cellulaire serré, elle a suivi son mouvement de descente, et a pénétré avec lui sous le vagin retourné.

Le toucher rectal ne fait rien constater d'anormal dans la direction de l'intestin. La tumeur réduite, si l'on pratique le toucher vaginal, on pénètre dans une vaste cavité à parois molles et sans résistance; au centre, le col utérin est mobile (bassin large). Cette tumeur sort de la partie dans les efforts de défécation et de miction. Lorsque la malade se livre à son travail qui est rude et demande de grands efforts musculaires (blanchisseuse), la plupart du temps la descente est brusque. La tumeur est réductible, et dans la position horizontale, la malade la rentre avec une très grande facilité.

Troubles physiologiques. — Douleur et fatigue dans les aines et dans les lombes; douleur dans la tumeur elle-même; fatigue générale considérable après les efforts de travail que nécessite son état ; gêne mécanique produite par la présence de la tumeur ou du bandage lorsqu'elle est réduite. Ces phénomènes de gêne, de fatigue, plutôt que de douleur, sont portés à un tel point que la malade n'hésite pas à demander l'opération, quelle qu'en puisse être l'issue. Aucun symptôme du côté du rectum. Envies fréquentes d'uriner et quelquefois douleur en urinant; approches du mari douloureuses, assez pour que la femme les redoute.

Opération pratiquée le 10 *juillet* 1856. — La femme se lève le matin avant la visite et fait quelques tours dans la salle pour faire sortir la tumeur qui était rentrée depuis deux jours pendant lesquels la malade avait presque constamment gardé le lit. M. Huguier fait placer

cette femme comme pour l'examiner au spéculum ; elle est couchée sur le dos, le bassin sur le bord du lit. Le chirurgien commence par introduire un doigt dans le rectum pour s'assurer de la direction de l'intestin et de la disposition de la cloison recto-vaginale, puis il explore avec une égale attention la paroi postérieure du vagin pour savoir au juste quel est le degré de renversement de ce conduit en arrière, une des exigences les plus délicates de l'opération étant de respecter le cul-de-sac péritonéal.

1er *temps.* — Prenant alors avec des pinces à griffes le col de l'utérus saillant au dehors, il l'attire en avant, en le relevant en même temps en haut. Confiant les pinces à un aide, il prend le bistouri, pratique une incision demi-circulaire horizontale portant sur la portion du vagin retournée qui a suivi l'utérus dans son mouvement de descente. Cette incision porte sur la portion vaginale du col, par conséquent au-dessous du repli péritonéal utéro-rectal.

2e *temps.* — Cette incision faite, le chirurgien divise le tissu de l'utérus couche par couche, en dédolant et en dirigeant son bistouri de bas en haut et d'arrière en avant, de manière à donner à la division de l'utérus une direction semblable; il pénètre ainsi jusqu'à la cavité utérine. Une seule ligature d'artère est nécessaire pendant ce temps de l'opération.

3e *temps.* — Le col étant abaissé et rejeté en arrière, introduction d'une sonde dans la vessie; un aide la maintient en ayant soin de faire saillir le bec, de manière à faire distinguer l'extrémité vésicale à travers la muqueuse vaginale. Incision au-dessous de la saillie; dissection pour isoler la paroi vésicale inférieure et postérieure. Incision en dédolant des couches de l'utérus portant sur cet organe plus haut que l'incision postérieure; ligature de trois ou quatre artérioles pendant ce temps de l'opération. Enfin, on arrive à la cavité utérine, et l'incision antérieure rejoignant la postérieure, l'extrémité inférieure de l'utérus est enlevée.

La portion, ainsi enlevée, pèse 33 grammes; elle présente à sa partie inférieure le col utérin; son extrémité supérieure est formée par la réunion de deux plans dont l'antérieur est plus court et plus horizontal que le postérieur; elle a une longueur de 4 centimètres.—Pansement: mèche dans le vagin pour soutenir l'utérus rentré. Charpie, compresses et bandage en T pour soutenir le tout; frictions d'huile de croton sur les parties latérales du thorax et sur les cuisses.

Deux heures après l'opération, frisson et pâleur que la malade attribue à la vive émotion qu'elle avait ressentie. Un peu d'écoulement sanguin tachant deux alèzes; ténesme vésical douloureux; deux vomissements ou plutôt régurgitation de tisane; du reste, pas de fièvre, ventre souple, non douloureux.

Le 11, la face est rouge, le pouls plus fréquent et plus dur; pas d'écoulement de sang pendant la nuit; le ténesme vésical n'existe plus; pas de vomissement. Abdomen souple, non douloureux; malgré ce léger mouvement fébrile, la malade se trouve mieux qu'hier.

Le 12, la fièvre a cessé; l'aspect du visage est bon; pouls normal; pas de chaleur à la peau; plus de douleur de vessie; appétit; une demi-portion d'aliments.

Le 13, les suites de l'opération ont été très satisfaisantes; il ne s'est présenté qu'une légère hémorrhagie qui a été facilement arrêtée par l'élévation du bassin et des compresses froides sur l'hypogastre et les cuisses. On laisse toujours la mèche vaginale. Depuis ce jour, le repos le plus absolu est observé; le régime est un peu sévère et la constipation existante est combattue par de légers lavements simples. La malade va parfaitement et mange une portion avec un appétit qui s'est à peine interrompu lors de l'opération.

Le 14, les menstrues surviennent sans douleurs, sans accidents, et au jour ordinaire. La malade est très satisfaite de sa position. Elle se croit guérie. La mèche est enlevée, et le vagin et l'utérus sont parfaitement libres. Le toucher montre que l'utérus est resté assez haut dans

le bassin, le moignon qu'il présente est assez résistant et solide, quoique la suppuration continue.

Le 16, les règles sont terminées; la malade se trouve très bien; elle veut se lever et demande des aliments. Le repos absolu est prescrit formellement.

Le 17, la malade a un peu de dévoiement et de douleur hypogastrique accompagnés d'une légère accélération fébrile du pouls. Tisane de riz; lavement amidonné laudanisé; julep diacode ; diète.

Le 18, tout est rentré dans l'ordre ; pas de douleur, l'appétit est bon. L'utérus se maintient toujours; le 20, même état.

Le 9 *août*, jour de la sortie, l'état général de la malade est excellent. Quant à l'état de l'utérus et du vagin, voici ce que l'on trouve : de prime abord, la vulve, un peu entr'ouverte, laisse voir un bourrelet muqueux, blanchâtre et ridé, qui n'est autre que la paroi antérieure du vagin avec son bulbe. Au-dessous de cette portion muqueuse, le doigt pénètre dans le vagin et est bientôt arrêté à la profondeur de 6 centimètres par un froncement ouvert à son centre, et qui est le moignon de l'utérus. Cette partie n'offre pas de sensibilité anormale et paraît bien maintenue, car le doigt ne la déplace pas d'une manière considérable. Le toucher, pratiqué dans le décubitus dorsal ou dans la position verticale, ne montre pas de différence appréciable dans la hauteur occupée par l'utérus. En cherchant à circonscrire le moignon utérin, on parvient facilement à déprimer les parois vaginales sur les côtés, et surtout en arrière où l'on peut sentir se former un cul-de-sac même assez prononcé. La direction de l'axe utérin m'a semblé être à peu près normale. Le moignon n'offre plus aucun suintement, seulement parfois la malade perd un peu en blanc, accident qui ne résiste pas aux injections astringentes de bistorte et de ratanhia ; car le jour même de la sortie, la malade n'offre plus cet écoulement, et le doigt n'est pas mouillé d'une manière sensible. En somme, tout va à merveille; état local parfait ; parfaite santé générale ; excellentes fonctions digestives; pas de douleurs ni d'accidents quelconques.

La malade sort le 9 août. Elle se rend chez elle à Courbevoie, portée dans une voiture de blanchisseuse où elle fut rudement secouée. Malgré cette imprudence, les règles vinrent à l'époque ordinaire, quelques jours après, vers le 13 ou le 14 juillet ; elles durèrent deux jours, comme avant l'opération, furent peu douloureuses. Pendant son séjour chez elle, elle ne prit aucun soin de sa santé; aussi elle tomba bientôt dans un état assez alarmant : face pâle et blème, amaigrissement; troubles de la nutrition. Tour à tour alternative de diarrhée et de constipation. Douleur vague dans l'abdomen, siégeant surtout au niveau des aines. Douleur dans l'épaule gauche dépendant d'une ancienne affection rhumatismale. Son mari voulut une fois consommer avec elle l'acte conjugal, mais son approche fut douloureuse et elle ne put la supporter. Ainsi affaiblie, la malade se décida à rentrer à l'hôpital, le 13 septembre.

L'examen local fait reconnaître une tumeur saillante à la vulve formée par la vessie et la paroi antérieure du vagin. Par le toucher, on arrive dans une sorte de cul-de-sac formé par la cicatrice de l'utérus. Toutes les parties sont dans l'état le plus satisfaisant. Le ventre est un peu tendu, douloureux; le premier jour de l'entrée, rétention d'urine; le cathétérisme fut pratiqué une fois. Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, grâce à un régime convenable, aidé de quelques frictions et de grands bains, Boutr... se trouva beaucoup mieux; la figure perdit son expression de souffance; la pâleur disparut peu à peu ; le ventre est mou et moins douloureux. Les selles sont plus régulières et la malade se lève, s'occupe dans les salles à des travaux peu fatiguants. Cependant, malgré toutes les recommandations, la malade tombe de temps en temps dans des écarts de régime.

Les règles reviennent le 8 septembre au soir, sans douleur de rein ; un peu de pesanteur à l'aine droite ; elles durent encore le 11 au matin.

20 *septembre.* — Même état.

26 septembre, Boutr..., se trouvant complétement rétablie, demande sa sortie. La santé est bonne ; elle accuse seulement quelques douleurs vagues qu'elle compare à de la pesanteur aux hypochondres. L'examen des parties sexuelles fait constater à l'entrée de la vulve une tumeur grosse comme une petite noix, d'un rouge pâle, facilement réductible. Cette tnmeur est constituée par la paroi vésicale antérieure (cystocèle vaginale). Pour pénétrer dans le vagin, le doigt est obligé ou de la réduire, ce qui est très facile, ou de glisser en arrière. On tombe alors dans un cul-de-sac assez profond, au fond duquel on ne trouve pas le col ntérin. Si l'on ramène le doigt en avant, on rencontre le col de l'utérus situé environ à 6 centimètres au-dessus de l'ouverture du vagin faisant suite à la paroi vaginale antérieure. Le col ne donne pas de sensation ordinaire. On sent une cicatrice ayant une forme ovalaire, son grand diamètre est longitudinal. D'après ce que nous dit la malade, la tumeur, qui apparaît à l'entrée du vagin, augmente dans le décubitus dorsal, et diminue beaucoup de volume, lorsqu'elle est levée depuis quelque temps. Ce fait prouve que l'utérus ne change pas de place et ne tombe plus. Cette tumeur vaginale, formée par la paroi antérieure doublée d'une portion du bas-fond de la vessie, doit augmenter dans le décubitus horizontal, par la position et par l'accumulation d'une portion de l'urine dans son intérieur. Elle doit diminuer par l'absence de ces causes dans la position verticale. Avant de sortir de l'hôpital, M. Huguier fait constater sa guérison par M. Robert. On ne sent pas à l'hypogastre le fond de l'utérus; ceinture hypogastrique.

Le 30 *octobre*, cette femme est venue nous voir; elle a fait la route de Courbevoie à Beaujon à pied. Voici ce que nous trouvons : la cystocèle vaginale est assez considérable : l'utérus n'est pas descendu, et l'on trouve la cicatrice qui remplace le col à 5 ou 6 centimètres de l'entrée du vagin. Elle venait demander une autre ceinture hypogastrique, celle qu'elle portait la blessant.

Le 11 *août* 1858, deux ans après l'opération, cette malade se présente à ma consultation de l'hôpital Beaujon. Elle est encore parfaitement guérie de son prolapsus utérin : on ne sent même pas le col ni l'utérus au toucher. Cependant elle est venue à pied de Courbevoie. A l'examen au spéculum, on voit une cicatrice lisse et luisante ; l'ouverture du col a un demi-centimètre d'étendue. Il y a une cystocèle et un commencement de rectocèle qui incommodent très peu la malade, et ne l'empêchent pas d'exercer son état.

Observation XXIX. — *Allongement hypertrophique et prolapsus complet du col de l'utérus. — Réduction complète impossible. — Amputation partielle de l'organe. — Guérison.* (Dessin de M. Lambert, pl. XII, fig. 3, 4 et 5.) — Observation recueillie par M. Devouges, interne du service.

Chaudet (Antoinette), blanchisseuse, à Boulogne, âgée de vingt-six ans, entrée le 27 avril 1857. — Elle a toujours exercé la profession de blanchisseuse, qui la force à travailler continuellement debout. Bonne santé antérieure, aucune maladie grave. Réglée à dix-neuf ans; la menstruation a toujours été assez irrégulière, les règles venaient habituellement tous les quinze jours, et assez abondantes pendant quatre à cinq jours. Pas de flueurs blanches; palpitations et maux d'estomac. — Mariée à vingt et un ans. — Pas de grossesse. Il y a quinze mois environ, en levant un paquet très lourd, elle éprouva une sensation de déchirement dans le ventre et des douleurs lombaires très violentes. La malade fut obligée de se mettre au lit pendant vingt jours. — Application de sangsues à l'hypogastre. — Elle reprit son travail, mais au bout de quelques jours elle

sentit une tumeur apparaître à la vulve. Elle affirme que la tumeur a toujours été aussi volumineuse qu'elle l'est maintenant. En même temps, douleurs dans le bas-ventre et dans le haut des cuisses, à peine marquées dans la région des lombes, exagérées à l'époque des règles. Envies fréquentes d'uriner, miction indolore.

La tumeur se réduisait le plus souvent par le repos au lit ; la malade aidait à la réduction avec la main ; les douleurs disparaissaient en même temps ; les accidents reparaissaient quand la malade était debout. Aucun traitement.

La malade entre le 27 avril à l'hôpital Beaujon : c'est une femme assez grande, mais à teint pâle, à chairs molles. Les palpitations et les maux d'estomac dont elle se plaint ont un peu cessé depuis quelque temps. Il existe des douleurs dans le bas-ventre et les cuisses, des envies fréquentes d'uriner. — A la vulve, on trouve une tumeur qui disparaît par le repos au lit. Voici les caractères qu'elle présente quand elle est sortie :

Il est facile de reconnaître qu'elle est formée par l'utérus, dont le col et la partie inférieure du corps sont hors de la vulve, qu'ils dépassent de 10 centimètres. — Col petit, virginal, à ouverture arrondie. Au col succède la muqueuse vaginale renversée ; elle a conservé ses rides transversales, mais elle est sèche, rugueuse, et pris en partie les caractères du tissu cutané. Elle se termine en haut par un cul-de-sac circulaire peu profond qu'on fait disparaître complétement en tirant un peu le col en bas. En palpant la tumeur à travers cette muqueuse, on peut suivre le col et une partie du corps, qui ne semblent pas avoir subi une grande augmentation dans leurs diamètres transversaux.

En touchant par le rectum, on tombe de suite en avant dans un cul-de-sac situé à la partie postérieure de la tumeur utérine. Le doigt, recourbé en crochet, pénètre dans ce cul-de-sac et vient ressortir par la vulve en arrière du col, recouvert par les parois rectale et vaginale accolées. Une portion de la face antérieure du rectum a donc été entraînée dans la chute de l'utérus. Porté plus haut dans le rectum, le doigt suit la paroi postérieure de l'utérus, très allongée, et dont il ne peut atteindre l'extrémité supérieure. Cet organe ne paraît, du reste, avoir subi aucune flexion sur lui-même ; il est droit et a sa situation normale. Le diamètre transversal de l'utérus est très peu considérable, et l'organe ne paraît pas avoir subi d'hypertrophie dans ce sens.

L'orifice uréthral est dans sa position normale, seulement un peu poussé en avant. Lorsqu'on introduit une sonde dans la vessie, il est facile de reconnaître que la plus grande portion de cet organe a conservé sa position derrière la symphyse ; il s'écoule de cette partie une très grande quantité d'urine. Mais, en élevant le pavillon de la sonde du côté de la symphyse du pubis, et en portant le bec en bas et du côté de la tumeur, on peut aussi la faire pénétrer de ce côté dans une portion de la vessie, qui a été entraînée avec l'utérus et qui se trouve à la partie antérieure et supérieure de la tumeur. Le bec de la sonde proémine en cet endroit et peut être promené dans la cavité de cette portion, qui est bien moins considérable que celle restée dans sa position normale.

La réduction de la tumeur ne peut être obtenue que jusqu'à l'extrémité inférieure du vagin.

Le cathétérisme de la cavité utérine, pratiqué par M. Huguier, ne donne pas un allongement aussi considérable qu'on pourrait le croire d'après le toucher rectal. La sonde ne pénètre qu'à 9 centimètres 1/2. — Écoulement de quelques gouttes de sang.

Le 12 mai, M. Huguier purge la malade et fait faire par précaution des frictions d'huile de croton sur le bas-ventre. — Éruption assez abondante dès le lendemain.

Opération le 13 *mai.* — Emploi du chloroforme. Première incision en arrière, en fer à cheval, au-dessous du cul-de-sac rectal, qui est disséqué et porté en arrière. L'instrument

entame ensuite la substance du col, et par des incisions successives de plus en plus profondes divise la cavité de l'organe. Trois artères sont liées. Seconde incision en avant semblable à la première et la rejoignant de chaque côté. Décollement de la vessie, et incision du tissu utérin comme en arrière, seulement en remontant un peu plus haut. Ligature de dix artères, dont sept sont saisies avec les pinces et liées directement; les trois autres sont liées sur des épingles courbées dont on se sert comme de ténaculum à demeure. Une petite artériole donne encore en arrière; mais, au moment où on s'apprête à la saisir, l'utérus remonte brusquement. Une mèche cératée, au centre de laquelle on a disposé un morceau de sonde, est introduite dans le vagin et soutenue par des compresses et un bandage en T. La malade n'a accusé aucune douleur pendant l'opération.

La portion de tumeur enlevée a 5 centimètres de longueur au centre (pl. XII, fig. 4).

Eau de gomme sucrée, frictions nouvelles d'huile de croton de chaque côté, au-dessous des côtes. M. Huguier me prie de faire une saignée dès le soir s'il y a de la fièvre et quelques douleurs.

Après avoir été reportée dans son lit, la malade se plaint immédiatement de douleurs vives. Je desserre un peu le bandage, et elle est soulagée. — A midi, écoulement de sang; la sœur envoie chercher l'interne de garde : il lui paraît trop peu abondant pour être inquiétant. — Pas de douleurs à ce moment. A deux heures de l'après-midi, douleurs violentes dans l'abdomen et frisson intense; nausées. M. Bertholle trouve la malade très abattue; il constate que la douleur est très vive et très superficielle. L'état du pouls, qui est excessivement petit, s'oppose à ce qu'on fasse une saignée générale. Il ordonne quinze sangsues sur l'abdomen.—Glaces à l'intérieur.—Quatre heures, face très pâle, les douleurs abdominales persistent; pouls très petit. Les piqûres de sangsues donnent du sang en grande abondance. M. Huguier vient à six heures. Il ajoute au traitement des onctions d'onguent napolitain et des révulsifs sur les membres.

Le lendemain 14, amélioration considérable, facies bon; face rouge et animée; douleurs bien moins considérables, plus de nausées; pouls à 104. La mèche est complétement sortie, on ne la remplace pas. Cataplasme de fécule sur le ventre; orangeade sucrée.

Le 15, l'état général continue à être bon; la malade est parfaitement calme; le visage n'a plus aucun caractère péritonéal. Les douleurs existent encore dans l'abdomen, mais beaucoup moins vives; le pouls conserve de la fréquence (108).

Le 16, même état; douleurs abdominales légères; visage calme; pouls à 108.

Le 17, l'amélioration continue; la malade se plaint de souffrir dans la vulve. M. Huguier la touche et trouve le vagin rempli de détritus sanguins décomposés et très fétides. Je fais moi-même plusieurs injections successives d'eau de laitue, qui entraînent tous les liquides contenus dans le vagin; plusieurs fils sortent avec deux épingles.

Le 18, même état; légère salivation, douleur buccale, rougeur des gencives. — Deux injections vaginales, cessation des onctions; julep avec chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 19, même état; pouls à 96, eau de Sedlitz, chlorate de potasse; deux injections.

Le 21, tous les fils et les trois épingles sont tombés; état très bon; deux injections.

Les 22 et 23, *idem*. M. Huguier fait refaire des frictions d'huile de croton aux membres inférieurs.

Le 27, plus le moindre accident; état très satisfaisant.

Le 4 juin, la malade continue à bien aller. — Continuation des injections.

Le 10 juin, la malade se lève, ne souffre plus. Le toucher fait sentir au fond du vagin un cul-de-sac plissé en infundibulum, formé par la muqueuse vaginale, au fond duquel se trouve un orifice de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Le 20 juin, Chaudet sort. L'orifice de l'infundibulum s'est rétréci; il n'a plus que la largeur de l'ouverture du col utérin d'une femme nullipare. Du reste, plus de douleurs. L'utérus ne retombe pas lorsque la malade est debout; il est situé aussi haut qu'à l'état normal, et la hauteur à laquelle le doigt le remonte est la même que dans la position horizontale. Elle marche facilement et sans gêne.

Dix-huit mois après l'opération, le 22 décembre 1858, cette jeune femme est venue à ma consultation de l'hôpital pour des douleurs qu'elle éprouve depuis un mois dans l'aine droite et la partie correspondante du ventre. Nous avons pu constater alors que le prolapsus de l'utérus, la chute et le renversement du vagin, étaient parfaitement guéris. Elle ne souffre plus de ce côté. Les règles sont régulières et les rapports sexuels s'accomplissent sans douleur; elle souffre seulement, comme beaucoup de femmes, vingt-quatre heures avant les règles. — Le toucher apprend que l'utérus est resté à sa place.

Observation XXX. — *Allongement hypertrophique de l'utérus. — Précipitation du col de cet organe. — Chute et renversement complets du vagin. — Rectocèle, cystocèle, ulcération de la tumeur, troubles fonctionnels graves, déchirure complète du périnée. — Diverses espèces de pessaires inutiles. — Double opération. — Guérison.* (Dessin de M. Lackerbaüer, pl. XII, fig. 2.) — Observation recueillie par M. Bertholle, interne du service.

Le 29 septembre 1857 est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 52, la nommée Rol... Marg..., âgée de quarante-deux ans, blanchisseuse. Cette femme a toujours joui d'une bonne santé, si on excepte les troubles causés par sa maladie des organes sexuels. Elle a eu trois enfants; le premier accouchement nécessita l'application du forceps. Le périnée fut entièrement déchiré; on ne prit aucun soin de cette déchirure, de sorte qu'aujourd'hui le périnée n'existe plus (fig. 2). Le dernier accouchement remonte à treize ans. A la suite de cet accouchement, elle a éprouvé une perte abondante. Depuis cette époque, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. La chute de l'utérus et du vagin date, dit-elle, de quatre ans.

Elle commença à sentir, il y a sept ans environ, vers l'ouverture de la partie, deux grosseurs : l'une en avant, l'autre en arrière. Habituellement ces grosseurs étaient molles, douces au toucher, et ne la faisaient pas souffrir. Elles augmentaient beaucoup lorsqu'elle était debout, faisait un effort, ou était tourmentée par le besoin d'uriner ou d'aller à la garderobe. Elles rentraient presque entièrement lorsque la malade se couchait. Deux ans après, ces tumeurs augmentèrent beaucoup, en longueur surtout. Une troisième tumeur, dure, élastique et douloureuse, qu'elle n'avait jamais sentie, vint se placer entre les deux premières. La malade, en posant les doigts sur le col de l'utérus, indique quelle est cette troisième tumeur.

Dans le principe, elle n'éprouvait d'autre inconvénient que celui qui résulte de la gêne de la marche. Plus tard, elle éprouva de la peine à uriner et à aller à la selle.

Un an après, la tumeur sortit davantage; elle devint gênante par son poids, et même douloureuse lorsque la malade était debout. Un écoulement de matière glaireuse et sanguinolente s'en écoulait constamment, salissant promptement son linge et le rendant dur et d'un contact pénible. La tumeur devint habituellement douloureuse. Enfin, cette femme, qui ne pouvait plus retenir ses urines, en vint à ne plus pouvoir rester debout ni marcher, ce qui la détermina à venir à l'hôpital, où elle fut admise dans le service de M. Robert. Il la fit examiner par M. Huguier, qui proposa à son collègue de faire passer la malade dans son service, afin de l'opérer s'il jugeait l'opération praticable.

Après avoir examiné avec attention cette malade, il reconnut qu'il s'agissait d'une affection

très complexe. — La tumeur sous-vulvaire avait une longueur de 13 centimètres ; elle était composée par le col, considérablement hypertrophié dans ses diamètres transversal et antéro-postérieur, le vagin entièrement renversé, un prolongement de la vessie et du rectum prolapsés dans l'épaisseur de la tumeur; le tout compliqué d'une déchirure complète du périnée, de folliculite utérine et d'ulcérations vaginales. Il comprit comment les pessaires et les chauffoirs n'avaient pu maintenir cette tumeur.

La cavité utérine, mesurée avec l'hystéromètre, avait 14 centimètres de longueur; le doigt porté dans le rectum n'atteignit qu'avec difficulté le fond de l'organe, ce qui tenait à l'épaississement hypertrophique de cette partie. La portion sous-vaginale du col, qui était le siége d'une hypertrophie excentrique, avait une longueur de 7 centimètres. M. Huguier résolut de pratiquer chez cette malade non-seulement l'amputation du col, mais l'opération qu'il a inventée contre les hernies de la vessie et du rectum.

Le 18 octobre, il pratiqua l'amputation du col. Cette partie est séparée du vagin, du rectum et de la vessie, par des incisions demi-circulaires, concentriques et ascendantes, dans l'étendue de 4 centimètres. Trois artères sont coupées et liées. Lorsque le col est bien isolé des parties voisines et qu'il n'a pas la crainte de comprendre dans l'anse de l'écraseur linéaire une partie du péritoine, du rectum ou de la vessie, il le divise avec cet instrument. Le volume considérable du col lui a fait supposer qu'il renfermait beaucoup d'artères; c'est pour cette raison qu'il préféra l'écraseur au bistouri pour terminer la section des parties. En effet, il a suffi d'essuyer et de badigeonner la plaie utérine avec une solution de perchlorure de fer et de la couvrir d'une boulette de charpie trempée dans la même substance pour prévenir toute hémorrhagie. Le pédicule à couper était environ de la grosseur d'un petit œuf; la section a duré douze minutes. — Pansement comme pour les autres opérées.

Le soir, la malade a peu de fièvre; pas de sensibilité anormale dans le ventre; elle ne souffre nulle part. Il est nécessaire de noter que M. Huguier avait fait faire par anticipation des frictions avec l'huile de croton sur les cuisses.

Le lendemain, fièvre modérée, pas de sensibilité du ventre, léger ballonnement.

Le 19, à peine de la fièvre ; état très satisfaisant.

Le 20, pas de fièvre, pas de douleurs; même état général. La malade demande une portion d'aliments, on la lui accorde.

Du 20 au 26, pas la moindre douleur ; les fils tombent. Injections vaginales simples. — La malade est à deux portions d'aliments depuis le 24 ; elle n'est nullement incommodée.

Du 26 au 30, pas d'accidents. Le toucher vaginal fait reconnaître que l'utérus est situé assez haut dans le petit bassin. L'incontinence d'urine a complétement disparu depuis l'opération.

Du 30 octobre au 10 novembre, rien de nouveau. La malade, qui a bon appétit, est à trois portions ; l'utérus reste dans le bassin.

Le 12, la malade se lève. La cystocèle et la rectocèle font une légère saillie à la vulve.

Du 12 au 15, elle se lève tous les jours et prend de l'exercice dans l'hôpital. Le 15, à l'examen au lit du spéculum, après que la malade s'est levée pendant une heure, on trouve la partie inférieure du vagin prolapsée. Une partie de la vessie et du rectum fait hernie par l'ouverture vulvaire (pl. XII, fig. 2). La matrice, restée dans le bassin, est située au-dessus de ces deux tumeurs, qui sont souples, douces au toucher et facilement réductibles. Dans les efforts d'expulsion que fait la malade, elles augmentent de volume et attirent l'utérus vers l'ouverture vulvaire; mais celui-ci ne sort pas du bassin, quelle que soit l'intensité des efforts. La plaie faite au col est complétement cicatrisée.

Le 4 décembre, M. Huguier chloroforme la malade et procède à l'opération de la rectocèle

et de la cystocèle simultanément. Nous allons donner une courte description de ces deux opérations, que, depuis quatre ans, M. Huguier a déjà pratiquées plusieurs fois par un procédé autre que celui qu'il a appliqué sur cette malade.

Il se munit de deux écraseurs linéaires; il commence par la cystocèle de la manière suivante : il introduit son doigt auriculaire de la main gauche dans la vessie par l'urèthre préalablement dilaté; il saisit avec une petite pince de Museux le tubercule et la paroi antérieure du vagin, les fait attirer fortement en bas et en avant par un aide, afin de les tendre et de les écarter, si faire se peut, de la partie correspondante de la vessie; puis il place à la base du pli formé par la partie de la paroi vaginale qu'il veut enlever quatre épingles en croix, l'une au-dessus de l'autre, ayant soin que les épingles passent dans le tissu cellulaire qui unit le vagin à la vessie, sans toutefois atteindre les parois de celle-ci, ce dont son doigt qui est dans la cavité vésicale pour surveiller l'action des instruments l'avertit. Il jette une anse de fil derrière chaque croix formée par les épingles, puis pédiculise le tout avec un fil triple. L'anse de l'écraseur est ensuite jetée derrière le fil triple, embrasse étroitement la portion qu'elle doit retrancher du vagin, et serre légèrement cette anse. Alors il retire le doigt de dedans la vessie, porte l'indicateur gauche dans le rectum, attire en avant et en haut la partie inferieure de la paroi postérieure du vagin qui fait hernie par la vulve, place deux épingles en croix sur la base de cette saillie, en ayant soin de ne pas saisir la paroi correspondante du rectum. Il est averti de ce fait important par le doigt porté dans la cavité de l'intestin. Il fait jeter et serrer un fil triple derrière les épingles. L'anse du second écraseur est elle-même placée derrière ce fil, puis médiocrement serrée. Les anses des écraseurs étant convenablement placées, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, sans comprendre les parties qui sont en rapport avec ce conduit, il introduit de nouveau le doigt auriculaire de la main gauche dans la vessie et le doigt indicateur droit dans le rectum pour surveiller la section des parois vaginales sans y comprendre les réservoirs. Il ordonne alors à deux aides qui sont chargés chacun d'un écraseur, de faire agir ces instruments. La section est opérée en quatre minutes au plus; pendant ce temps, les doigts introduits dans la vessie et le rectum suivaient les progrès de la section; ils s'assuraient que les parois de ces viscères n'étaient pas comprises dans l'anse sécatrice.

Après la section de la tumeur antérieure, une artériole donna du sang; elle fut liée. — Une mèche fut placée dans le vagin, une sonde à demeure dans la vessie, des compresses et un bandage en T pour soutenir le tout.

Une heure et demie environ après l'opération, le sang coule assez abondamment pour qu'on dépanse la malade; la mèche enlevée, on voit qu'il vient d'une artère qui le fournit en jet. Ce vaisseau est lié; le sang ne coule plus.

La portion enlevée de la paroi vaginale antérieure forme un disque ayant 2 centimètres et demi de largeur sur 3 centimètres et demi de longueur; celle de la partie postérieure est un peu plus étendue.

Le soir, le sang n'a pas reparu; la mèche est replacée dans le vagin, la sonde réintroduite dans la vessie.

Le 5 décembre, la malade ne souffre pas; rien n'est déplacé; on ne touche pas au pansement.

Le 7, le pansement est enlevé. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang. Nouvelle introduction d'une sonde à demeure et d'une mèche dans le vagin. La malade n'éprouve aucune souffrance; pas de fièvre.

Le 9, on enlève toute espèce de pansement et la sonde; les plaies se rétrécissent et commencent à se fermer.

Le 12, apparition des règles; elles durent jusqu'au 20, sans être trop abondantes.

Le 22, examen. Les plaies antérieure et postérieure sont couvertes de granulations. Elles se froncent et se rétrécissent. Dans la station verticale et dans les efforts, il ne paraît plus de tumeur à la vulve. A partir de ce moment, la malade se lève tous les jours.

Le 28 décembre, Rol..., n'éprouvant ni incommodité ni souffrance, et ne voyant rien apparaître à la partie, se considère comme entièrement guérie, et demande sa sortie.

Ce fait est un des plus compliqués et des plus importants que nous ayons vu opérer par M. Huguier, et nous concevons parfaitement l'hésitation et la réserve de M. Robert en sa présence. Il faut avoir été, comme nous, témoin de la cure de trois autres malades sans accidents pour comprendre comment il a pu entreprendre et mener à réussite la cure de celle-ci.

Observation XXXI. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col; chute et ulcération de cette partie; rétention d'urine. — Renversement complet de la paroi antérieure du vagin; cystocèle volumineuse; pessaire douloureux qui ne peut être enduré; double résection. — Guérison.* (Dessin de MM. Lambert et Drouet, pl. XIII, fig. 1, 2 et 3.) — Observation recueillie par M. Bertholle.

A la même époque, le 26 octobre 1857, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 49, la nommée Laub... Fr..,, âgée de soixante-deux ans, blanchisseuse. — Cette femme a eu trois enfants et une fausse couche. Les accouchements furent naturels; le dernier a eu lieu, il y a vingt-six ans. Depuis cette époque, elle n'avait, dit-elle, nullement souffert et n'avait remarqué aucun changement dans l'état de la partie, si ce n'est une grosseur en avant quand elle avait beoin d'uriner, lorsqu'il y a six mois environ, la matrice commença à sortir et à venir pendre entre les cuisses, et cela sans cause connue. Elle affirme n'en avoir jamais souffert et avoir continué ses occupations jusque dans ce dernier temps. Elle ne souffre beaucoup que depuis deux mois et demi, à partir du moment où l'ulcération, qui est au sommet de la tumeur, s'est manifestée. L'évacuation des matières fécales est facile; les besoins d'uriner fréquents ; la miction non douloureuse, mais lente et incomplète. La malade est obligée de serrer la tumeur pour compléter et accélérer la sortie de l'urine.

Les règles ont disparu à l'âge de cinquante ans; elle n'a jamais eu de pertes, ce qui se conçoit facilement, cette femme ayant aujourd'hui soixante-deux ans et n'étant malade du côté des organes sexuels que depuis six ou sept mois.

État actuel, — Au-dessous de la vulve existe une tumeur ovoïde, très allongée, dont les diamètres sont : le transversal de 5 centimètres, l'antéro-postérieur de 6 centimètres et demi et le longitudinal de 8 centimètres et demi. La paroi antérieure du vagin est complétement renversée et se confond insensiblement avec le vestibule. La paroi postérieure n'est renversée que dans l'étendue de ses deux tiers supérieurs ; aussi il existe entre cette paroi et le bord antérieur du périnée une rainure demi-circulaire qui a une profondeur de 3 centimètres.

L'orifice du col, qui est placé au sommet et un peu à gauche de la tumeur, est très étroit ; il a 3 ou 4 millimètres d'étendue. L'extrémité de l'hystéromètre ne le franchit qu'en forçant légérement.

Une ulcération assez profonde et granuleuse entoure la totalité de cet orifice. En avant et à droite, cette ulcération s'étend à 3 centimètres sur la surface du col et de la paroi vaginale. La malade en attribue, à tort ou à raison, le développement à un pessaire qu'on lui a posé, et qui la faisait beaucoup souffrir ; aussi l'a-t-elle enlevé au bout de huit jours. Le col est considérablement allongé; l'hystéromètre remonte dans la cavité utérine à une hauteur de 11 cen-

timètres et demi, ce qui, avec 1 centimètre pour l'épaisseur du fond de l'organe, donne un utérus dont la totalité a une hauteur totale de 12 centimètres et demi, étendue qui est considérable pour l'utérus d'une femme de soixante-deux ans. Le fond de la matrice est situé au-dessus du milieu de la hauteur de la symphyse du pubis. Lorsqu'il y a longtemps que la malade a uriné, la vessie forme, dans la partie antérieure de la tumeur, une saillie globuleuse qui descend jusqu'à 1 centimètre et demi de l'orifice du col.

M. Huguier, considérant l'extrême allongement du col utérin, le peu de gravité qu'ont en général les opérations que l'on pratique sur l'utérus à cet âge, et la grande répugnance de la malade pour les pessaires, se décida à pratiquer l'amputation du col.

Le 28, on fait par précaution des frictions sur les flancs, l'épigastre et les jambes avec de l'huile de croton pour faire développer une éruption.

Le 30 octobre, la malade est opérée. Le manuel est le même que pour les opérations précédentes; seulement, à cause du peu de distance qui sépare l'utérus de la vessie, M. Huguier met dans cet organe une sonde pour le guider. Du reste, l'opération fut des plus simples; l'écoulement de sang fut presque nul; il ne fut fait que trois ligatures. Comme dans la dernière opération, M. Huguier employa l'écraseur linéaire pour terminer la section du col. Mais cette fois, le pédicule étant peu épais, la section fut opérée en peu de temps.

La portion du col de l'utérus enlevée a près de 6 centimètres de longueur (pl. XIII, fig. 2); elle est taillée en cône.

Le 30 au soir, la malade n'a pas souffert après l'opération et ne souffre pas, mais elle s'agite beaucoup et ne veut pas garder le repos. Dans la nuit elle se lève, fait son lit à sa guise, se promène dans la salle pour, dit-elle, se délasser. Il est à noter que cette femme, qui est de la campagne, est peu intelligente; on a beaucoup de peine à lui faire entendre raison.

Le lendemain 31, malgré son imprudence, elle n'a pas de fièvre, pas de douleurs abdominales; sa face est seulement un peu rouge. Elle tourmente pour avoir à manger. On lui accorde une portion. On enlève le pansement et on lui défend de se lever.

Les jours suivants, l'état est tout aussi satisfaisant.

Le 8 novembre, la malade coutinue à bien aller. En soulevant, avec un spéculum univalve, la paroi antérieure du vagin, on voit la plaie résultant de l'opération; elle affecte une forme longitudinale ridée à son fond où elle est formée par le col.

Le 12 novembre, Lau... va toujours bien. L'utérus est situé à une hauteur d'environ 6 centimètres de la vulve. Mais la parois antérieure du vagin fait saillie entre les grandes lèvres et forme une tumeur de la grosseur d'un œuf; elle est formée par une cystocèle qui augmente lorsque la malade fait un effort ou a besoin d'uriner.

Du 12 au 25, rien de nouveau. La malade se lève, a bon appétit et digère bien.

Le 30 novembre, M. Huguier fait constater par M. Robert que l'utérus est placé haut dans la cavité vaginale. Lorsque la malade marche ou fait des efforts, il ne se présente plus entre les lèvres de la vulve. Il existe seulement une cystocèle assez volumineuse (pl. XIII, fig. 2) dont M. Huguier se propose de débarrasser la malade. Le peu de sensibilité et d'irritabilité de celle-ci le fait d'autant moins hésiter.

Le 2 décembre, il opère la cystocèle comme la précédente, après avoir chloroformé la malade. Il place quatre épingles en croix placées l'une au-dessus de l'autre. Les épingles embrassent seulement la portion vaginale de la paroi vagino-vésicale. Pour être plus certain du fait, il fait pénétrer son petit doigt par l'urèthre jusque dans la vessie, afin de suivre le mouvement des épingles. Un fil triple, placé derrière elles, sert à pédiculiser la partie saisie. L'anse de l'écraseur est jetée sur le pédicule et le divise pendant que le doigt auriculaire de l'opéra-

teur reste dans la vessie. Comme la cystocèle avait une dimension transversale considérable, l'opérateur, pour obtenir une perte de substance plus étendue de la paroi antérieure du vagin, place de nouveau deux épingles en croix sur la partie latérale droite de la cystocèle et divise les parties saisies avec l'écraseur. Ces deux sections ne furent pas suivies d'écoulement de sang. Pour tout pansement, on place une mèche dans le vagin et une sonde à demeure dans la vessie, en recommandant à la malade et à l'infirmière de la déboucher toutes les deux heures, afin de ne pas laisser l'urine s'accumuler.

Le soir, la malade n'a pas souffert. C'est à peine si elle a eu un léger mouvement fébrile. — 80 pulsations.

Le lendemain 3 décembre. Pas de douleurs ; la malade demande à manger ; on lui donne une portion. — Le 4, même état ; pas d'accidents.

Les 5 et 6, changement du pansement. Rien de nouveau dans la position de la malade qui demande deux portions d'aliments. On les lui accorde.

Le 9, la plaie se rétrécit beaucoup et se couvre de bourgeons charnus ; on supprime la mèche ; on fait un pansement à plat.

Du 9 au 17, il ne se passe rien de nouveau ; la malade est à quatre portions d'aliments.

Le 22, la plaie est presque entièrement cicatrisée ; la cicatrice est longitudinale et obliquement dirigée de bas en haut, et de droite à gauche. Dans la marche et dans les efforts, on voit la muqueuse vaginale s'abaisser vers l'ouverture vulvaire, mais aucune tumeur ne vient faire saillie dans cette ouverture.

Le 28 décembre, la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, non-seulement de sa prétendue précipitation de l'utérus, mais encore de la cystocèle.

Observation XXXII. — *Allongement hypertrophique de l'utérus ; précipitation du col. — Chute et renversement complets du vagin ; troubles fonctionnels très sérieux ; incontinence d'urine, la réduction ne peut être endurée. Amputation du col. — Guérison.*

Le 21 novembre 1857, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 24, la nommée Isam... Dés..., âgée de vingt et un ans, modiste. Cette jeune femme, qui est blonde, petite, et d'une asssez faible constitution, fut réglée seulement, et pour la première fois, à dix-sept ans, sans malaise ni douleur. Ses règles n'ont jamais duré plus de deux jours. Elle rapporte qu'il y a près de onze mois elle accoucha d'une petite fille. L'accouchement fut facile et très prompt ; il eut lieu en moins d'une heure, bien que ce fût le premier. Neuf jours après, elle reprend ses travaux. Au bout de six semaines, la matrice commença à faire saillie au-dehors. Les règles n'étaient pas alors revenues et elles ne le sont pas encore aujourd'hui. Son médecin lui conseilla de garder le lit pendant une douzaine de jours, ce qu'elle ne fit pas. Quatre mois après, la matrice formait entre les cuisses une tumeur du volume d'un œuf. La malade éprouvait déjà à cette époque de la gêne habituelle, de la faiblesse, de petits tiraillements dans les reins et dans le bas-ventre. La marche était pénible et très difficile, les besoins d'uriner fréquents. La tumeur et les accidents qu'elle déterminait continuant à augmenter, elle se détermina d'autant plus facilement à entrer à l'hôpital, qu'elle ne pouvait plus travailler.

État actuel. — La tumeur sous-vulvaire, qui est principalement formée par l'utérus et le vagin, a le volume et assez la forme d'un gros œuf de dinde. Sa longueur, mesurée de son sommet au méat urinaire, est de 9 centimètres, et la largeur de 6 centimètres. Le vagin est complétement renversé et prolapsé, moins une très petite partie de sa paroi postérieure. Bien que l'utérus, d'après l'étendue de la tumeur, paraisse complétement prolapsé, en palpant avec

soin la tumeur et en portant un doigt dans le rectum, on reconnaît que l'on n'a, au centre du vagin, que le col utérin qui est beaucoup allongé. Le fond de l'organe est à 8 centimètres au moins placé plus haut dans le bassin. Ce fait est, au surplus, physiquement démontré par l'hystéromètre qui pénètre sans aucun effort dans la cavité utérine, à une profondeur de 11 centimètres. L'utérus a donc une longueur totale de 12 centimètres au moins. La partie sous-vaginale (museau de tanche) est petite et légèrement conique. L'ouverture du col n'a que 1 centimètre d'étendue transversalement.

La vessie forme sur la partie antérieure de la tumeur, entre le tubercule antérieur du vagin en partie effacé et la lèvre antérieure du col, une saillie arrondie qui, comme le fait observer la malade, varie beaucoup et fréquemment de volume, suivant le besoin qu'elle a d'uriner.

Le rectum n'envoie aucun prolongement dans la tumeur.

Isam... éprouve des tiraillements douloureux dans les reins et dans le bas-ventre. La tumeur est le siége de douleurs et d'un sentiment de brûlure. Cette malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout ; elle ne peut guère plus se tenir assise, à cause de la vive sensibilité de la tumeur qui, dans cette position, est toujours plus ou moins froissée. Elle est obligée de s'asseoir sur le bord de la chaise et sur la partie postérieure du bassin, afin de laisser la tumeur libre, ou de se poser sur l'un des ischions seulement. Elle ne se trouve bien que dans la position horizontale. Elle est tourmentée depuis longtemps par des besoins fréquents d'uriner. Elle urine au moins trente fois par jour. Depuis deux mois, si elle ne satisfait pas le besoin sitôt qu'il se fait sentir, les urines s'écoulent involontairement. La défécation n'est nullement troublée. Depuis un mois et demi, la tumeur ne rentre plus.

Cette jeune femme est faible et amaigrie ; mais le reste de la santé générale est dans un bon état. Lorsqu'on réduit l'utérus et le vagin, la malade éprouve de la douleur et un sentiment de plénitude dans le bassin. Le doigt, porté dans le rectum et le vagin, s'aperçoit que l'utérus est courbé en deux, et qu'il forme une convexité et une saillie considérable du côté du rectum.

M. Huguier, considérant les accidents très sérieux que détermine habituellement cette maladie, plus la douleur et la gêne que la malade éprouve dans le bassin lorsqu'on réduit la tumeur, réduction qui tasse, courbe l'utérus sur lui-même, pense que le seul moyen vraiment efficace à employer est l'opération.

Le 23, probablement sous l'influence de l'excitation déterminée par le cathétérisme utérin, par les manœuvres exercées sur l'utérus et le vagin pour les réduire, les règles, qui avaient été supprimées depuis l'accouchement, reviennent sans douleur ; elles durent deux jours.

Le 26 novembre au soir, on pratique sur les flancs, sur les cuisses et les jambes, une friction avec l'huile de croton.

Le 27 au matin, on administre une bouteille d'eau de Sedlitz. Le soir, l'éruption, déterminée par l'huile de croton, est en pleine évolution.

Le 28, amputation du col. Le manuel opératoire est le même que pour la première opération des malades précédentes. Il n'y a qu'une ligature à pratiquer sur et avec une épingle courbée. La section avec l'écraseur fut rapide. Elle ne dura que six minutes. Pas d'écoulement de sang. Pansement avec boulettes de charpie roulées dans la poudre de colophane et appliquées sur la plaie. Grosse mèche dans le vagin sans compresses ni bandage pour la maintenir. Pas de sonde dans la vessie. On la reporte dans son lit, et on l'entoure des mêmes soins que les autres opérées.

La portion de l'utérus enlevée a une longueur de 4 centimètres 3 millimètres, et a une forme conique. Le sommet du cône répond à la partie restée de l'organe. Il a été taillé dans son épaisseur aux dépens de ses couches internes.

Le soir, il n'y a eu ni écoulement de sang ni accidents. La malade ne souffre pas du ventre. Elle n'a pas uriné. On la sonde.

Le lendemain 29, la malade a passé une bonne nuit ; pas de douleurs abdominales ; p d e fièvre ; on active, avec quelques gouttes d'huile de croton, l'éruption des cuisses et des jambes. Deux bouillons, deux soupes.

Le 30, on enlève la mèche et les boulettes de charpie ; on fait des injections d'eau tiède. Une portion d'aliments.

Le 1er décembre, elle ne souffre nullement ; elle est souriante.

Du 1er au 4, il ne se passe rien de nouveau du côté de l'abdomen et des organes sexuels ; elle se plaint seulement de douleur de tête et de constipation. Un lavement fait disparaître ces légers accidents.

Le 4, la seule ligature qu'on eût faite tombe en faisant une injection. Dans la nuit du 4 au 5, la malade perdit une assez grande quantité de sang. Le lendemain, à la visite, elle en perdait encore un peu. M. Huguier ne jugea pas convenable d'arrêter cet écoulement sanguin, qui, dans la journée, s'arrêta seul.

Le 6, la malade est bien. — Aucun écoulement de sang.

Les 6 et 7, état très satisfaisant. — Deux portions d'aliments.

Le 8, M. Huguier examina avec nous la malade au lit du spéculum. L'utérus est à 6 centimètres au moins de l'ouverture vulvaire ; il ne paraît pas vers l'extrémité inférieure du vagin lorsque la malade fait des efforts.

Le 11, nouvel examen de la malade ; elle se plaint de douleurs de tête dont on ne voit la cause que dans le séjour au lit, car toutes les fonctions se font bien. Elle n'éprouve aucune incommodité, aucune souffrance dans le ventre, et elle n'a pas de fièvre. L'utérus, examiné de nouveau, est trouvé très haut. Le doigt sent au fond du vagin un cul-de-sac froncé qui se resserre de plus en plus.

Le 17, Dés... est obligée de sortir avant d'être complétement guérie pour donner des soins à sa petite fille, qui est malade. Elle promet de revenir se faire examiner.

Comme cette jeune femme n'est pas revenue, je suis allé le 3 février dernier (1859) chez elle pour savoir dans quel état elle était. Maintenant, elle n'éprouve plus aucune incommodité de son ancienne affection ; l'utérus et le vagin ne sortent plus. Lorsqu'on pratique le toucher, on sent un petit mamelon qui se continue sans cul-de-sac avec l'extrémité supérieure de la paroi antérieure du vagin. Ce mamelon, qui est formé par les parties inférieures du corps de l'organe gestateur, est placé à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'ouverture vulvaire, qui s'est beaucoup rétrécie. La malade affirme au reste que depuis son opération elle n'a pas eu de rapports sexuels. L'embonpoint et la fraîcheur sont revenus.

Voilà donc encore un cas de guérison bien solide et constatée quinze mois après l'opération.

Observation XXXIII. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, avec chute et ulcération de cette partie. — Chute et renversement presque complets du vagin. — Un pessaire ne peut être supporté. — Opération. — Guérison.* (Dessins de MM. Lackerbaüer et Launay, pl. XIII, fig. 4, 5.) — Observation recueillie par M. Dulaurier, interne du service.

Jar... (Thé....), âgée de trente-trois ans, marchande ambulante, entrée le 21 août 1858.

Réglée pour la première fois à onze ans et demi, elle est occupée à des travaux pénibles depuis son enfance. Les premières règles sont venues sans difficulté.

Mariée à vingt et un ans, elle n'avait jamais eu de rapports sexuels auparavant.

Elle a eu cinq enfants en onze ans. — Tous les accouchements ont été faits par des sages-femmes, et elle s'est toujours levée peu de temps après chacun d'eux, si ce n'est pourtant après le premier, qui fut suivi de douleurs violentes et de fièvre qui la contraignirent à garder le lit pendant un mois.

Deuxième accouchement. — Elle fait ses couches à la Clinique et sort huit jours après, s'étant déjà levée quelquefois.

Troisième accouchement. — Elle se leva le second jour.

Quatrième et cinquième. — La malade se leva le huitième ou neuvième jour.

Après son deuxième enfant, la malade porte des fardeaux très lourds ; la matrice sort déjà de 2 centimètres environ, mais elle rentre facilement d'elle-même.

L'hiver dernier (mois de février), la tumeur sort et paraît plus volumineuse que les fois précédentes. Depuis ce moment, la tumeur parut facilement hors de la vulve ; mais elle rentrait aussitôt que la malade était couchée.

État actuel. — Tumeur sous-vulvaire presque cylindrique, un peu plus rétrécie supérieurement qu'en bas. — Longueur, 9 centimètres ; diamètre transversal au-dessous du col, 5 centimètres 1/4. Vagin complétement renversé dans sa paroi antérieure ; la paroi postérieure est incomplétement renversée : on trouve entre elle et le bord antérieur du périnée un sillon qui a au moins 3 centimètres d'étendue. Sur les parties latérales se trouve également un petit sillon plus profond en arrière, où il se confond avec le précédent, et qui ne présente guère qu'un 1/2 centimètre de profondeur. En avant, ce sillon nympho-vaginal vient insensiblement se perdre avec les rides qui sont au-devant de la partie supérieure de la tumeur. Le vagin ne présente plus aucune ride ; sa surface est polie, luisante, rosée. — Col de l'utérus. — Portion sous-vaginale assez volumineuse avec hypertrophie excentrique ou suivant l'épaisseur. — Diamètre antéro-postérieur, 5 centimètres ; diamètre transversal, 4 centimètres 1/2. Ouverture du col considérablement agrandie ; elle a 3 centimètres 1/2 de diamètre ; elle forme une fente ondulée et inégale, fissurée et mamelonnée. La lèvre antérieure ou bord antérieur de l'ouverture est arrondie, et se confond d'une manière uniforme avec le reste du col et de la tumeur sous-vulvaire. La lèvre postérieure, plus arrondie, plus saillante, forme un mamelon hémisphérique qui se distingue, par sa saillie, du reste de la tumeur. Ce mamelon présente, à peu près dans le milieu de son étendue, un peu plus à gauche qu'à droite, une petite fissure qui tend à le diviser en deux mamelons secondaires, l'un droit plus volumineux. La partie antérieure et supérieure de ce bord postérieur, vers le voisinage de l'orifice du col, présente deux ulcérations, l'une plus grande, située à droite sur le mamelon le plus volumineux, l'autre plus petite, qui est à gauche. Ces deux ulcérations superficielles sont d'un gris rosé. Vers la partie interne du pourtour de l'orifice du col, qui est en quelque sorte renversé de dedans en dehors, on remarque les caractères de la cavité utérine, avec le commencement des plicatures de l'arbre de vie. Il sort par cet orifice un liquide incolore et visqueux. Toute cette partie que nous venons de décrire est d'un rouge plus vif que le reste de la tumeur ; toute cette portion sous-vaginale du col a conservé ses autres caractères anatomiques. Elle se continue avec une tige centrale consistante dont le volume, assez considérable, peut approximativement être évalué à 3 centimètres.

Partie supérieure de la tumeur sous-vulvaire. — Le méat urinaire attiré, rentré en dedans, est invisible, on le trouve au-dessous du vestibule recouvert par le premier pli que forme le tubercule antérieur du vagin. La première partie du méat urinaire est devenue horizontale. La

portion de vessie qui se prolonge dans la tumeur ne descend guère plus d'un centimètre au-dessous du dernier sillon formé par les plicatures du tubercule antérieur du vagin.

Vers le milieu de la hauteur de la paroi postérieure du vagin, la membrane muqueuse vaginale présente une sorte de languette qui a 2 centimètres de hauteur sur 3 centimètres 1/2 de largeur; elle se perd insensiblement par ses angles sur les parties latérales du vagin; elle est légèrement indurée. — Le périnée a conservé toute son épaisseur, la fourchette n'est pas même déchirée.

La partie inférieure de la paroi antérieure du rectum présente un prolongement dans la partie postérieure et supérieure de la tumeur; ce prolongement a 2 centimètres 1/4 à peu près. La longueur de la cavité intérieure de l'utérus a 11 centimètres 1/2 d'étendue.

Cette femme n'a jamais consulté qu'un seul médecin, M. Monneret, qui l'a adressée à M. Huguier pour l'affection dont elle est atteinte. Elle n'a jamais porté qu'un seul pessaire, qui lui fut appliqué par une sage-femme; elle ne put supporter cet instrument que deux jours, pendant lesquels elle garda le lit.

Aujourd'hui, la tumeur, qui reste toujours dehors, incommode et fait souffrir la malade au point qu'elle ne peut plus rester debout ni marcher. La miction et la défécation se font régulièrement; les menstrues sont toujours régulières. Cette femme, qui a quatre enfants, a hâte de guérir, et demande à être promptement débarrassée de son mal. M. Huguier, considérant l'impossibilité de supporter un pessaire, l'innocuité et l'efficacité de l'opération, qu'il a déjà pratiquée treize fois pour des cas semblables, n'hésite pas à opérer la malade.

28 août. — Hier, on a fait à cette femme des frictions avec l'huile de croton, et aujourd'hui les vésicules commencent à se développer parfaitement. — La malade a été purgée dans la journée d'hier, M. Huguier pratique l'opération en présence de MM. Debout, Désormeaux, Adolphe Richard, chirurgiens des hôpitaux, et d'un médecin allemand qui suit la visite. MM. Bastien et Le Gendre, prosecteurs de Clamart, sont également présents à l'opération.

Après avoir endormi la malade avec le chloroforme, on procède à l'opération. La dissection et la séparation du col, des autres parties environnantes, est pratiquée comme sur les autres malades : sept ou huit artères sont ouvertes et liées à mesure, les unes avec un fil simple, les autres sur des épingles courbées en ténaculum. Lorsqu'on a ainsi disséqué et isolé une longueur de 4 centimètres 1/2 environ, on place l'anse de l'écraseur linéaire, et au bout de douze minutes la section est complète. Comme il s'écoule encore une assez grande quantité de sang artériel en nappe, sans qu'on puisse saisir d'artère, on fait une application de perchlorure de fer avec des pinceaux de charpie.

Enfin, l'introduction d'une mèche un peu volumineuse dans le vagin, l'application de charpie et de compresses sur la vulve, une sonde dans la vessie et un bandage en T, complètent l'appareil de pansement.

Portion enlevée.

La consistance de cette partie est un peu plus grande qu'à l'état normal; elle ne présente, à part l'hypertrophie, aucune altération spéciale.

Longueur, 4 centimètres 1/2; épaisseur, 5 centimètres 1/4; largeur, 5 centimètres.

Dans la journée, la malade, fatiguée par l'action du chloroforme, a eu plusieurs vomissements. Le soir, M. Huguier revient la voir et la trouve bien. Elle a la peau chaude et humide, mais pas de fièvre à proprement parler. La nuit se passe très bien; la malade dort presque tout le temps.

Bouillons, — tilleul orangé, — frictions à l'huile de croton pour étendre l'éruption.

Le 29 août, aucune douleur dans le ventre. — Peau légèrement chaude et humide; pouls à

80, médiocrement développé. — On débouche la sonde, et l'on retire 350 à 400 grammes environ d'urine claire et limpide, ne contenant aucune trace de sang ni de mucus. On fait de nouveau uriner la malade dans la soirée.

Le 30 août, peau sudorale; pouls à 80, médiocrement développé; ventre souple, non tendu, sans douleur à la pression. La malade a parfaitement dormi.

Premier pansement : on fait une injection pour enlever les matières qui sont contenues dans le vagin, et on remet une mèche. La malade est sondée trois fois dans la journée. — Nouvelles frictions avec l'huile de croton, les précédentes ne déterminant aucune éruption.

Le 31 août, peau sudorale, pouls à 100, faible ; langue blanche ; ventre ayant un peu de tendance à devenir tendu, mais nullement douloureux à la pression. — Nouveau pansement. — Alcoolature d'aconit. — Orangeade, eau de Seltz. — Calomel, 60 centigrammes. — On enlève la sonde.

Après le pansement, la malade a eu quelques frissons passagers dans les bras, mais ils ont cessé très vite aussitôt qu'elle a été remise dans son lit.

Le soir, la malade a un peu de hoquet, mais le ventre continue à être souple et non douloureux. — Les frictions à l'huile de croton n'ayant produit qu'une éruption médiocre, on fait mettre des sinapismes aux cuisses.

Le 1er septembre, pouls à 92. — Langue bonne. — Pas de douleurs abdominales. — On renouvelle le pansement, mais on ne remet pas de mèche. M. Huguier constate que la matrice es très remontée, et qu'il n'y a pas de douleur au toucher.

Le 2 septembre, même état. — Il tombe deux épingles et une ligature.

Le 3, la malade ne souffre nullement dans le ventre ; pouls à 92 ; langue bonne. La malade urine à partir d'aujourd'hui, sans être sondée et sans douleur ; l'utérus reste remonté.

Le 4 septembre, pouls à 80 ; la malade est gaie ; les ligatures se sont toutes détachées ; la matrice est très élevée, et l'on sent la vessie qui, toujours formant cystocèle, se présente sous la forme d'une tumeur longitudinale sur la partie moyenne de la paroi antérieure du vagin.

Le 5 septembre, le bien continue. — Le pouls est à 80, et la malade a de l'appétit. — Pas de douleurs du côté du ventre, qui est assez souple et qui revient sur lui-même.

Le 8 septembre, après la visite, la malade éprouve une vive contrariété, et ressent immédiatement une chaleur très vive sur tout le corps, chaleur facile à apprécier au toucher; le pouls est à 92 ; vomissements.

Le 9 septembre, la malade se plaint de douleurs de ventre; les vomissements continuent — Lavement émollient; frictions avec l'huile de camomille.

Le 13 septembre, vomissement après le repas sans douleur de ventre. — Diarrhée.

Le 18 septembre, la diarrhée est à peu près guérie, les vomissements continuent.

Le 20 septembre, la malade n'a été à la garderobe qu'une fois la nuit dernière, et n'a vomi ni hier ni cette nuit.

Le 22 septembre. Coliques dans la nuit du 21 au 22. — Ventre toujours souple; apparition des règles pour la première fois depuis l'opération.

Le 24 septembre. Les règles ont duré deux jours et ont été très peu abondantes. Plus de maux d'estomac, ni de diarrhée. La malade mange avec beaucoup de plaisir.

Le 9 octobre, la malade sort guérie. Examinée debout, l'utérus reste dans sa position naturelle et est assez élevé, à 7 centimètres environ de l'ouverture vulvaire. La cicatrisation a été très rapide, puisqu'elle s'est opérée en moins de quatre semaines.

La malade est sortie le 9 pour retourner dans son pays; mais, n'ayant pu partir à cause d'obstacles pécuniaires, elle est rentrée à l'hôpital, où nous l'avons examinée de nouveau. On

a pu alors constater que, malgré la fatigue qu'elle a dû éprouver pour aller à la gare du chemin de fer et en revenir, l'utérus est resté très élevé.

Qu'il me soit permis, avant de terminer complétement ce travail, de rapporter la note suivante qui m'a été envoyée par l'un de mes collègues les plus distingués des hôpitaux, M. Chassaignac :

« J'ai complétement adopté dans ma pratique la doctrine de M. Huguier sur le prolapsus utérin. J'ai pratiqué six fois cette opération sans aucun accident au moyen de l'écraseur linéaire.

» Toutes celles des malades qui ont été revues depuis leur opération sont restées parfaitement guéries; des six malades, cinq présentaient l'hypertrophie pure, telle que la comprend M. Huguier; une seule offrait un exemple d'une précipitation complète hors de la vulve. Cette malade avait aussi une hypertrophie très notable du col utérin, mais le fond de l'utérus était tout entier hors de la vulve et rétrofléchi.

» L'une des malades est opérée depuis près de quatre ans, et sa guérison s'est parfaitement maintenue au milieu de rudes travaux.

» Un des cols amputés pesait 37 grammes.

» Chez l'une des malades on avait appliqué sans succès le traitement par les *pinces-serres*, de M. Desgranges, dans un des hôpitaux de Paris. »

Si à ces six faits nous ajoutons celui de Mayer, l'un des chirurgiens les plus habiles de l'Allemagne, nous aurons un total de vingt et une opérées, sans qu'aucun des accidents graves que nous avons signalés comme pouvant être la suite de cette opération se soit manifesté.

Je ne saurais trop recommander à ceux de mes collègues qui jugeront convenable d'y avoir recours de ne jamais la pratiquer sans avoir pris préalablement et consécutivement les précautions que j'ai indiquées.

A mesure que j'avance dans la carrière chirurgicale, je suis plus que jamais convaincu que le succès des opérations tient plutôt aux précautions que l'on prend préalablement et aux soins consécutifs que l'on donne aux malades qu'à la manière plus ou moins brillante et habile avec laquelle elles sont pratiquées.

CONCLUSIONS.

1. — La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées sous un seul nom.

2. — Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble, et complétement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général.

3. — Dans l'affection désignée sous le nom de précipitation, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très générale.

4. — Deux variétés principales d'hypertrophie longitudinale : la *sous-* et la *sus*-vaginale, qui constituent, en quelque sorte, deux maladies différentes, peuvent simuler la descente et la précipitation de la matrice.

PREMIÈRE PARTIE.

5. — Dans la première espèce d'allongement, la portion du col de la matrice que l'on désigne sous le nom de museau de tanche forme, dans la cavité du vagin, une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci, invaginé ou renversé sur lui-même.

6. — Elle a été, jusque dans ces derniers temps, généralement confondue avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'elle n'a pas été prise et traitée pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie.

7.— Aucune description complète n'en avait encore été donnée, bien qu'elle ait des caractères très tranchés sous le rapport de son développement, de ses symptômes et de son traitement.

8. — Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisations

ne sont applicables qu'aux hypertrophies légères et à celles compliquées d'inflammation et d'engorgement.

9. — Les pessaires sont le plus souvent inutiles ou dangereux.

10. — Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux, et qu'il a une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer : c'est la résection du col à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin.

Nous avons rapporté dans ce travail huit observations qui viennent confirmer ce précepte sans parler de deux autres que nous avons recueillies, ni de celles que l'on trouve dans les annales de la science.

DEUXIÈME PARTIE.

11. — La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de prolapsus, de précipitation ou de chute complète de l'utérus n'est, très généralement, autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'organe dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

L'exactitude de cette proposition se prouve par les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

12. — Les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col que l'on trouve rapportés çà et là dans les auteurs des deux derniers siècles et de celui-ci étaient passés inaperçus et avaient été jusqu'à présent entièrement perdus pour la science; les auteurs même de ces faits n'en avaient tiré aucune conclusion pratique, et avaient toujours confondu cette affection avec la véritable précipitation de l'utérus.

13. — On ne trouve dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable, séméïotique et anatomo-pathologique de l'existence de la chute complète de l'utérus.

14. — Au contraire, les faits d'anatomie pathologique que nous avons décrits, ceux que plusieurs de nos collègues ont, depuis nos observations, démontrés à la Société de chirurgie, et ceux contenus dans

le musée Dupuytren, prouvent la fréquence de l'allongement hypertrophique, et celle de la chute du col seulement, dans l'affection appelée *précipitation de la matrice.*

15. — L'hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus ont des caractères pathologiques et séméïotiques différents qui servent à distinguer ces deux affections.

16. — Le relâchement, l'affaiblissement et la distension forcée, pas plus que la destruction des ligaments larges ou des ligaments ronds, ne concourent, d'une manière bien efficace, à la chute de l'utérus ; il n'en est pas de même des altérations analogues des ligaments utéro-lombaires.

17. — Dans le traitement de cette affection, on ne devra avoir recours à une opération sanglante ou chirurgicale proprement dite que lorsqu'elle détermine des accidents sérieux et que l'on a la certitude que les moyens médicaux et prothétiques sont insuffisants.

18. — Toutes les opérations qui ont été inventées jusqu'à ce jour pour remplir les indications thérapeutiques qu'elle réclame sont insuffisantes. Elles peuvent être utiles dans le cas de simple chute de l'utérus sans allongement hypertrophique, et sous ce rapport elles doivent rester dans la science.

19. — Dans cet allongement hypertrophique du col, suivi de la précipitation de cette partie et du renversement du vagin, la seule opération qui remplisse les principales indications et qui puisse être suivie de succès, c'est l'amputation du col au-dessus de l'insertion du vagin plus ou moins près du corps de l'organe, suivant le degré de l'allongement.

20. — Cette opération ne devra jamais être pratiquée avant d'avoir pris préalablement des précautions contre les inflammations consécutives. Ces précautions devront être continuées avec le plus grand soin pendant les quinze ou vingt premiers jours qui la suivront.

21. — Les artères du tissu utérin sont très difficiles à saisir et à lier ; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum qu'on laisse à demeure, jusqu'à ce qu'il tombe spontanément.

22. — L'écraseur linéaire nous a paru utile pour terminer la section du col, surtout si cette partie est très vasculaire.

23. — Lorsque la maladie est précédée d'une rectocèle ou d'une cystocèle volumineuse ou même de ces deux affections à la fois, après avoir enlevé le col, il peut être nécessaire d'opérer isolément les hernies du rectum et de la vessie, comme cela nous est arrivé plusieurs fois avec succès.

24. — L'opération est contre-indiquée, lorsqu'il existe tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin; à plus forte raison devrait-on dans ces circonstances renoncer à l'amputation du col, s'il existait une rétroflexion avec chute complète du corps de l'utérus.

25. — Lorsque l'on n'opère pas dans les conditions indiquées dans la précédente conclusion, la maladie ne récidive pas, et la santé redevient aussi florissante qu'elle était avant le développement de l'affection.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Première Partie.

PLANCHE Ire.

Allongements hypertrophiques de la portion sous-vaginale ou intra-vaginale du col de l'utérus.

FIGURE 1re. (Observation I.) — Allongement conoïde du col, vu par sa face antérieure, de manière à montrer toute sa longueur.

A. Base du col au niveau de l'insertion du vagin.
B. Sommet du col ou museau de tanche.
C. Orifice vaginal du col de la matrice.
D. Cul-de-sac antérieur du vagin.

FIG. 2. — Sommet et orifice du même col vus de face.

Les figures 3, 4, 5, appartiennent au même col, vu sous trois aspects différents. (Observation III.)

FIG. 3. — Col vu par sa face antérieure.

A. Base du col.
B. Lèvre antérieure prolongée et descendant plus bas que la lèvre postérieure.
C. Petit corps fibreux placé dans l'épaisseur de la partie libre de la lèvre antérieure.
D. Cul-de-sac antérieur du vagin.

FIG. 4. — Col vu par sa face postérieure.

A. Base du col.
B. Lèvre postérieure dont le bord libre forme un croissant dirigé en bas.
C. Orifice vaginal de l'utérus ayant la forme d'une fente semi-lunaire.
D. Face postérieure ou interne de la lèvre antérieure.
E. Saillie formée par le petit corps développé dans la partie libre de la lèvre antérieure.
F. Cul-de-sac postérieur du vagin.

FIG. 5. — Portion retranchée du col vue par sa face antérieure.

A. Corps fibreux de la lèvre antérieure.

Les figures 6 et 7 appartiennent au même col. (Observation V.)

FIG. 6. —

A. Lèvre antérieure hypertrophiée sortant hors de la vulve.
BBB Plis transversaux de la paroi antérieure du vagin.
C. Méat urinaire.

FIG. 7. — Portion retranchée du col vue par sa face postérieure.

A. Lèvre postérieure hypertrophiée suivant son épaisseur, formant un croissant dont les extrémités B B se continuent avec la face postérieure de la lèvre antérieure.
C. Ouverture du col qui présente une forme transversale et semi-lunaire.
DD. Les plicatures de l'arbre de vie.

E. Face postérieure ou interne de la lèvre antérieure.

F. Petit kyste folliculaire rempli d'un mucus épais, filant, transparent et incolore.

Les figures 8 et 9 appartiennent à la même pièce qui fut donnée à Dugès et Boivin par M. le professeur Cloquet.

Fig. 8. — Vue de face.

A. Lèvre antérieure du museau de tanche.

B. Lèvre postérieure, plus allongée et plus saillante.

C. Excroissances pédiculées du prépuce du clitoris.

Fig. 9. — La même : Col vu de profil.

Fig. 10. — Appareil utéro-ovarique vu par sa face postérieure.

AA. Col de l'utérus.

B. Point d'union du corps avec le col.

C. Portion intra ou sous-vaginale du col hypertrophiée.

D. Fente transversale formée par l'ouverture du col.

E. Vagin ouvert longitudinalement par sa face postérieure.

FFF. Tranche de l'incision longitudinale faite au vagin.

Seconde Partie.

Allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale.

PLANCHE II.

Les trois premières figures appartiennent à l'Atlas de Dugès et Boivin : elles sont réduites au quart de la grandeur naturelle, faute de place.

Fig. 1.

A. Orifice externe ou utéro-vaginal de l'utérus.

B. Orifice supérieur du vagin devenu inférieur.

CC. Face muqueuse du vagin.

D. Méat urinaire.

EE. Un stylet est passé de haut en bas dans le col de la vessie, et ressort par une ouverture idéale pour faire voir la chute d'une portion de la poche urinaire.

FF. Ulcérations.

G. Clitoris.

Fig. 2.

A. Clitoris.

B. Méat urinaire.

CC. Nymphes ou petites lèvres.

DD. Grandes lèvres de la vulve.

EE. La surface muqueuse du vagin desséchée, ayant l'aspect de la peau.

F. Petite tumeur pédiculée, située à l'angle droit de l'orifice du museau de tanche.

G. L'épithélium du museau de tanche excorié laisse à nu la portion de membrane muqueuse qui recouvre cette extrémité vaginale du col.

Fig. 3.

A. Vagin renversé.

B. Museau de tanche.

Les figures 4, 5, 6, appartiennent à la thèse de M. le professeur J. Cloquet : elles sont réduites au tiers, faute de place.

Fig. 4. — Les organes sexuels vus de face.

1. Vagin.
2.2. Face interne des grandes lèvres.
3.3. Petites lèvres.
4. Clitoris.
5. Méat urinaire.
6. Museau de tanche.

Fig. 5. — Les organes sexuels vus de profil.

1.1. Les grandes lèvres.
2. La petite lèvre droite.
3. Paroi antérieure du vagin renversé.
4. Paroi postérieure du vagin.
5. Museau de tanche.
6. Méat urinaire.
7. Ligne ponctuée qui représente le trajet de la portion de vessie herniée et engagée dans la tumeur.
8. Ligne ponctuée qui représente la portion herniée du rectum.
9. Périnée.
10. Anus.

Fig. 6. — La même pièce vue de profil et disséquée.

1. Vessie.
2. Symphyse des pubis du côté gauche.
3. Corps de l'utérus.
4. Rectum.
5. Extrémité supérieure de la nymphe gauche.
6. Clitoris.
7. Méat urinaire.
8. Col de la vessie.
9.9. Vagin renversé.
10. Petit corps fibreux développé dans la partie postérieure et inférieure du corps de la matrice.
11. Le col utérin allongé et hypertrophié.
12. Prolongement de la vessie dans la partie antérieure de la tumeur.
14. Cul-de-sac postérieur du péritoine.
15. Périnée.
16. Anus.
17. Uretère droit.

Fig. 7. — Elle est de grandeur naturelle. Les organes sont disséqués ; la paroi latérale droite du vagin renversé est enlevée afin de montrer les parties qui entrent dans la composition de la tumeur sous-vulvaire, ainsi que les rapports de ces parties entre elles.

A. Mont de Vénus.
B. Portion droite de la symphyse pubienne, sciée au niveau du trou obturateur.
C. Portion supérieure et rétro-pubienne de la vessie.
D. Cul-de-sac péritonéal antérieur, s'arrêtant au-dessous et au niveau des parties molles qui ont été conservées. Grande lèvre droite I. Place du pli génito-crural K.
E. Corps de l'utérus vu par son bord droit. Les annexes correspondantes sont enlevées afin de ne pas compliquer la pièce.

FF. Cul-de-sac péritonéal postérieur se prolongeant jusqu'à 2 centimètres 1/2 du museau de tanche.

G. Lame péritonéale à plis longitudinaux, et qui est la continuation du feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal postérieur.

H. Rectum.

Organes génitaux externes, composition de la tumeur sous-vulvaire.

I. Grande lèvre droite.

JJ. Nymphe droite et sommet du clitoris.

K. Pli génito-crural droit.

L. Méat urinaire.

MM. Paroi vaginale antérieure et postérieure.

NNN. Tranche de la coupe faite pour enlever la paroi latérale droite du vagin.

O. Orifice à direction transversale du museau de tanche.

P. Bas-fond de la vessie faisant hernie dans la tumeur.

QQ. Portion sus-vaginale du col de l'utérus, allongée et hypertrophiée.

Q'Q'. La ligne courbe ponctuée qui représente, sous la paroi antérieure du vagin, la partie herniée de la vessie.

R. Portion sus-vaginale du corps de l'utérus, allongée et hypertrophiée.

SS. Les deux lignes ponctuées qui montrent le trajet que parcourt l'instrument tranchant dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col.

T. Périnée.

U. Orifice anal.

PLANCHE III.

Fig. 1. — Chute complète de l'utérus compliquée de calcul vésical. Dessin d'une pièce appartenant au musée Dupuytren, n° 348.

Disséquée et vue par sa face postérieure. Les parois postérieures du vagin et de l'utérus sont vues dans toute leur longueur.

A. Face postérieure de la symphyse des pubis.

BBBB. Portion rétro-pubienne de la vessie ouverte par sa face postérieure pour montrer

C. Un calcul volumineux qu'elle renferme.

D. E. Le rectum et l'ouverture anale qui sont détachés et rejetés à gauche afin de laisser voir nettement les organes sexuels.

FF. Paroi postérieure du vagin dont chaque moitié a été écartée de la ligne médiane, et déjetée à droite et à gauche.

GG. Tranche de la section faite à la paroi postérieure du vagin.

H. Périnée.

I. Lèvre antérieure du museau de tanche.

J. Orifice vaginal du col de l'utérus rétréci.

KK. Stylet introduit dans cet orifice et qui parcourt les cavités du col et du corps.

LL. Lèvre postérieure du museau de tanche et paroi postérieure du col de l'utérus incisées longitudinalement sur la ligne médiane.

MM. Face postérieure du corps de l'utérus dont les parois sont considérablement atrophiées et amincies, comme on peut le voir par le peu d'épaisseur de la coupe.

NNNNNN. Les annexes vues par leur face postérieure.

Fig. 2. — Chute complète de l'utérus. (Observation XI.)

A. Saillie du tubercule antérieur du vagin.
B. Paroi antérieure du vagin.
C. Orifice du col légèrement dévié à gauche.
D. Ulcération.

FIG. 3. — (Observation XX.)
A. Légère saillie que forme la portion herniée de la vessie sous la paroi antérieure du vagin renversé.
B. Ouverture vaginale du col de l'utérus.
C. Mucus qui s'écoule de cette ouverture.
D. Extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin devenue inférieure. Elle est un peu recourbée, d'arrière en avant, de façon à faire partie du plan antérieur de la tumeur.

PLANCHE IV.

Les deux figures appartiennent au même sujet. (Observation XIV.)

FIG. 1. — A. Rides du tubercule antérieur du vagin, poussé en haut et en avant de manière à cacher le méat urinaire et le vestibule.
BB. Museau de tanche et son ouverture transversale.
CD. Muco-pus et sang qui s'écoulent de l'ouverture du col.
E. Paroi postérieure du vagin recourbée en avant, et venant faire partie du plan antérieur de la tumeur.
FF. Ulcérations du vagin.

FIG. 2. — Elle montre la situation du corps de l'utérus, et ses rapports avec les parties voisines au niveau du détroit supérieur du petit bassin. Le grand bassin a été enlevé à l'aide de traits de scie.
A. Bord supérieur de la symphyse des pubis.
B. Sommet de la vessie.
C. Fond de l'utérus placé presqu'au niveau de la symphyse des pubis.
EE. Les ligaments ronds.
FF. Les ovaires.
GG. Les trompes et leur pavillon.
On sait que toutes les annexes de l'utérus ont conservé leur situation et leur direction naturelles.
H. Rectum.
I. Surface articulaire de la base du sacrum.

PLANCHE V.

Les trois premières figures appartiennent à la même malade, et représentent l'affection dans trois degrés différents. (Observation XIII.)

FIG. 1. — Dessinée le jour de l'entrée de la malade.
A. Méat urinaire.
B. Tubercule antérieur du vagin.
C. Paroi antérieure du vagin ayant conservé une partie de ses rides.
DDDD. Portion sous-vaginale du col ou museau de tanche qui est le siége d'un engorgement chronique, d'une hypertrophie excentrique, et d'un renversement de dedans en dehors, ou extroversion, qui s'opère de bas en haut.

E. Ouverture vaginale du col, elle est agrandie, fissurée, froncée en étoile, irrégulière; ses bords sont renversés de dedans en dehors de manière à montrer la face interne du col et les follicules muqueux (œufs de Naboth). Cette disposition est encore plus évidente sur la figure 2.

Fig. 2. — L'affection a été dessinée trois jours après l'entrée de la malade. Le col, offrant les caractères anatomo-pathologiques que je viens d'indiquer plus haut, ne fait plus qu'une saillie d'un centimètre et demi environ au-dessous de l'ouverture vulvaire.

Fig. 3. — Le dessin a été fait quelques jours avant la sortie de la malade, un mois et demi après le second.

La tumeur est rentrée au-dessus de l'ouverture vulvaire, on n'en distingue plus que les parties suivantes lorsque le malade fait un léger effort.

A. Tubercule antérieur du vagin.
B. Lèvre postérieure du col.
C. Partie inférieure de la paroi postérieure du vagin.

Fig. 4. — Les parois antérieures de l'utérus et du vagin sont fendues sur la ligne médiane dans toute leur longueur.

(Observation xv.)

A. Fond de l'utérus.
B. Lèvre postérieure du col offrant trois brides cicatricielles qui se portent de cette vre à la paroi postérieure du vagin.
CC. Chaque moitié de la lèvre antérieure fendue.
DD. Arbre de vie postérieur.
EE. Poroi antérieure du vagin fendue.
F. Urèthre.
GG. Nymphes.
H. Fourchette.
II. Grandes lèvres.
JJ. Deux petits polypes cellulo-vasculaires.

PLANCHE VI.

Les deux figures appartiennent à la même malade (observation XVI).

Fig. 1. — A. Méat urinaire.
B. Paroi antérieure du vagin sous laquelle se dessine la portion herniée de la vessie.
C. Orifice utéro-vaginal du col dévié un peu à droite.
D. Ulcération.

Fig. 2. — Les parties malades sont disséquées et vues par leur côté droit; la paroi latérale droite du vagin est fendue dans toute sa longueur.

AA. Paroi antérieure du vagin.
BB. Paroi postérieure.
CCC. Museau de tanche et orifice du col.
D. Ulcération.
E. L'urèthre, la direction différente que présentent ses deux portions.
FF. Bas fond de la vessie allongé et prolongé dans la partie antérieure de la tumeur.
GG. Uretère entraîné avec la base de la vessie.

H. Corps de la vessie.
II. Ligaments antérieurs de la vessie ou vésico-pubiens, se portant obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.
JJ. Portion sus-vaginale du col de l'utérus.
K. Corps de l'utérus.
MM. Cul-de-sac antérieur du péritoine se prolongeant jusqu'au niveau du détroit inférieur du bassin.
NN. Cul-de-sac postérieur du péritoine se prolongeant jusque vers le sommet de la tumeur.
OO. Bride péritonéale formée par le feuillet postérieur du cul-de-sac postérieur du péritoine. Cette bride recouvre et entraîne l'extrémité supérieure du rectum vers l'ouverture de la cavité vagino-péritonéale.
PP. Rectum.
Q. Prolongement qu'envoie la paroi antérieure du rectum dans la partie postérieure et supérieure de la tumeur sous-vulvaire.
R. Périnée.
S. Fourchette ou commissure postérieure de la vulve.
T. Ouverture anale.
V. Moitié gauche de la symphyse des pubis.
Y. Moitié gauche du coccyx.

PLANCHE VII.

Les deux figures appartiennent au même sujet (observation XIX.)

FIG. 1. — AA. Rides du tubercule antérieur du vagin.
B. Saillie hémisphérique que forme la vessie sous la paroi antérieure du vagin renversé.
C. Orifice du col. Les deux lèvres sont garnies vers leurs bords de petites tumeurs folliculaires qui renferment un mucus épais, filant, et d'un blanc jaunâtre.
D. Tumeur pleine dont les éléments anatomo-pathologiques et microscopiques sont glanduleux.
E. Extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin, devenue inférieure et recourbée de bas en haut, et d'arrière en avant, de manière à faire partie du plan antérieur de la tumeur.
FFFF. Vaste ulcération faisant tout le tour de la base du museau de tanche, et se continuant avec celles qui siégent sur la face postérieure de la tumeur.
FIG. 2. — La tumeur est représentée par sa face postérieure, le malade étant debout, le tronc fléchi en avant. (Ce dessin a été fait douze jours après l'entrée de la malade.)
A. Ouverture anale.
B. La fourchette ou la commissure vulvaire postérieure refoulée en haut et en arrière par la tumeur.
C. Orifice du col.
DD. Vastes ulcérations.
EEEE. Gouttelettes de muco-pus qui sortent des follicules vaginaux enflammés ; on en remarque de semblables sur l'ulcération de la paroi antérieure.
F. Cicatrice d'une ancienne ulcération.

PLANCHE VIII.

Fig. 1. — (Observation xviii.)

A. Tubercule antérieur du vagin qui cache le méat urinaire.

B. Saillie formée par la vessie sous la paroi antérieure du vagin qui est soulevée.

C. Orifice du col qui est entouré d'une ulcération fongueuse, mollasse et saignante.

Fig. 2. — (Observation xvii.)

A. Méat urinaire dans lequel est introduit une sonde (B), laquelle soulève la paroi antérieure du vagin et la partie correspondante de la vessie (C).

D. Ouverture du col.

Fig. 3. — (Observation xxv.)

A. Méat urinaire.

B. Saillie de la vessie sous la paroi antérieure du vagin.

C. Rides vaginales antérieures.

D. Orifice du col.

Fig. 4. — (Observation xxvii.)

A. Méat urinaire.

B. Rides du tubercule antérieur du vagin.

C. Saillie hémisphérique de la vessie sous la paroi antérieure du vagin.

D. Orifice du col.

EE. Paroi postérieure du vagin, qui descend beaucoup plus bas que la paroi antérieure; elle se recourbe de bas en haut, et d'arrière en avant; aussi l'orifice du col se trouve presque au milieu de la face antérieure de la tumeur.

F. Ulcération.

PLANCHE IX.

Les deux figures appartiennent au même sujet (observation xxi).

Fig. 1.—A. Méat urinaire par lequel est introduit une sonde dans la partie herniée de la vessie.

BBB. Rides et saillies mamelonnées formées par le tubercule antérieur du vagin.

C. Relief que forme à travers la paroi antérieure du vagin et la partie herniée de la vessie, l'extrémité de la sonde introduite dans la cavité vésicale.

D. Sonde.

E. Orifice externe du col utérin.

F. Petit kyste folliculaire.

GG. Ulcérations.

Fig. 2. — Elle représente l'état des organes sept ans après l'opération. La portion latérale droite de la vulve, du vagin et les annexes correspondantes de l'utérus ont été enlevées.

A. Méat urinaire.

B. Vessie.

CC. Moitié latérale gauche de la face interne du vagin.

EE. Deux cicatrices circulaires déprimées en infundibulum, et séparées par une petite bride falciforme.

FF. Ce qui reste de l'utérus; la communication de sa cavité avec celle du vagin est interrompue par la cicatrice.

GG. Cul-de-sac antérieur du péritoine.

H. Extrémité inférieure du rectum.

II. Cul-de-sac postérieur du péritoine.

JJ. Traces de la bride que formait très probablement le feuillet rectal du cul-de-sac postérieur du péritoine, lorsque la précipitation existait.

KK. Ligament large et pavillon de la trompe gauches qu'on a fait passer sous le rectum pour ne pas masquer celui-ci et les restes de la bride péritonéale que nous venons d'indiquer.

L. Petit kyste séreux.

MM. Moitié droite de la symphyse pubienne.

N. Périnée.

O. Orifice anal.

PLANCHE X.

Les deux figures appartiennent au même sujet (observation XXVI).

FIG. 1. — A. Méat urinaire.

BB. Rides du tubercule antérieur du vagin.

C. Paroi antérieure du vagin à peine soulevée par un très petit prolongement de la vessie.

D. Orifice vaginal du col de l'utérus.

FIG. 2. — Les parties latérales droites de l'urèthre de la vulve et du vagin, sont enlevées ainsi que les annexes utérines correspondantes.

A. Vessie.

B. Moitié gauche de la surface interne du vagin offrant un grand nombre de rides transversales.

C. Moitié gauche de la cicatrice circulaire qui était au fond du vagin.

D. Portion de la vessie qui fait saillie dans le vagin, et forme le fond de la partie supérieure de la cicatrice.

E. Saillie mamelonnée percée à son centre d'une petite fente transversale. Cette saillie est formée par le reste de l'extrémité supérieure du col.

FF. Corps de l'utérus rétro-versé.

G. Cul-de-sac péritonéal antérieur.

HH. Fausse membrane qui s'étend de la partie antérieure du rectum à la partie gauche du fond de l'utérus.

II. Cul-de-sac postérieur du péritoine.

J. Rectum.

PLANCHE XI.

Les trois figures appartiennent au même sujet (observation XXIV).

FIG. 1. — A. Tubercule antérieur du vagin qui cache le méat urinaire.

B. Saillie formée par la vessie sous la paroi antérieure du vagin.

C. Orifice du col.

D. Sillon demi-circulaire à concavité supérieure qui sépare la base du col de l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin, qui descend beaucoup plus bas que la paroi antérieure, et se recourbe de bas en haut, et d'arrière en avant, pour faire partie du plan antérieur de la tumeur marquée

EE. Portion de la paroi postérieure du vagin qui forme la partie la plus déclive de la

masse. C'est dans cette partie de la tumeur qu'était logé le fond de l'utérus, placé ainsi beaucoup plus bas que son col.

FF. Ulcérations.

FIG. 2. — Cette figure, où l'utérus et ses annexes ont été représentés sans avoir été disséqués, montre que ces parties étaient parfaitement saines. Elles sont libres de toute adhérence, soit entre elles, soit avec les parties voisines, et ont conservé leur épaisseur et leur transparence normales.

A. Vessie.

B. Uretère droit dilaté.

C. Corps de l'utérus.

DD. Rectum.

EE. Restes de la bride péritonéale formée par le feuillet postérieur du cul-de-sac postérieur du péritoine.

F. Petit kyste séreux.

FIG. 3. — La même pièce, dont on a enlevé la paroi latérale droite du vagin, afin de montrer l'état de la partie inférieure de l'utérus, de l'extrémité supérieure du vagin et du fond de la vessie.

A. Petit mamelon circulaire qui représente l'ancien museau de tanche.

B. Orifice extérieur de la cavité du col.

C. Cicatrice circulaire et déprimée qui est au fond du vagin, et entoure le mamelon A.

D. Partie postérieure du fond de la vessie qui fait saillie à nu dans le cul-de-sac vagino-utérin antérieur, qui par le fait de l'opération est devenu un cul-de-sac vésico-utérin.

E. Fond du cul-de-sac péritonéal antérieur.

F. Fond du cul-de-sac péritonéal postérieur.

PLANCHE XII.

Les deux premières figures appartiennent à la même malade (observation XXX).

FIG. 1. — Avant l'amputation du col.

A. Méat urinaire dans lequel est introduite une sonde B.

C. Rides du tubercule antérieur du vagin.

D. Paroi antérieure du vagin soulevée et dilatée par la partie herniée de la vessie.

EEEE. Portion sous-vaginale du col et museau de tanche qui sont le siége d'un engorgement et d'une hypertrophie excentrique considérables.

FF. Orifice inférieur de l'utérus.

G. Ulcération qui siége tout à la fois sur le vagin et sur la base du col.

FIG. 2. — Dessinée un mois et demi après l'amputation du col.

A. Méat urinaire.

B. Tubercule antérieur du vagin.

C. Cystocèle.

D. Cicatrice déprimée de l'ulcération (G, figure 1) qui siégeait sur la paroi antérieure du vagin.

E. Rectocèle.

F. Fente transversale qui mène dans la cavité du vagin.

GG. Anciennes hémorrhoïdes flétries.

H. Saillie formée par l'hypertrophie de l'un des plis de la membrane muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum.

Fig. 3. — Les figures 3, 4 et 5 apprtiennent à la même malade (observation XXIX).

A. Paroi vaginale antérieure ; on ne voit ni le méat urinaire, ni le tubercule antérieur du vagin.

B. Museau de tanche.

C. Extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin.

Fig. 4. — Portion enlevée du col de l'utérus.

AA. Stylet qui parcourt la cavité du col.

B. Museau de tanche.

CCCC. Les principaux coups de bistouri qui ont été portés en dédolant sur cette partie.

D. Extrémité du col qui se continuait avec le reste de l'utérus.

Fig. 5. — AA. Aspect du fond du vagin et de la cicatrice du col utérin, vus à l'aide d'un spéculum.

PLANCHE XIII.

Les trois premières figures appartiennent à la même malade (observation XXXI).

Fig. 1. — A. Méat urinaire.

B. Paroi antérieure du vagin.

CC. Base du col.

D. Orifice rétréci et froncé du col uterin.

E. Ulcération irrégulière qui existe autour de l'orifice du col, et qui est surtout étendue en avant et à droite.

Fig. 2. — Portion enlevée du col de l'utérus.

AA. Stylet qui parcourt la cavité du col.

B. Orifice du col et ulcération qui l'entoure.

C. Extrémité du col qui a été séparée du reste de l'utérus.

DDDD. Les principaux coups de bistouri.

Fig. 3. — Dessinée un mois et demi après l'amputation du col; elle représente une cystocèle.

A. Méat urinaire.

B. Tubercule antérieur du vagin.

C. Hernie de la vessie qui pousse au-devant d'elle la paroi antérieure du vagin, et forme une tumeur globuleuse qu'il faut soulever de bas en haut, et d'arrière en avant, pour pénétrer dans le vagin.

Fig. 4. — Les figures 4 et 5 appartiennent à la même malade (observation XXXIII).

A. Rides du tubercule antérieur du vagin.

B. Paroi antérieure du vagin ; saillie de la vessie.

C. Orifice du col qui se présente sous la forme d'une fente transversale.

DD. Ulcérations.

Fig. 5. — Elle montre au fond d'un spéculum la cicatrice froncée et infundibuliforme qui est le résultat de l'opération.

Fig. 1.

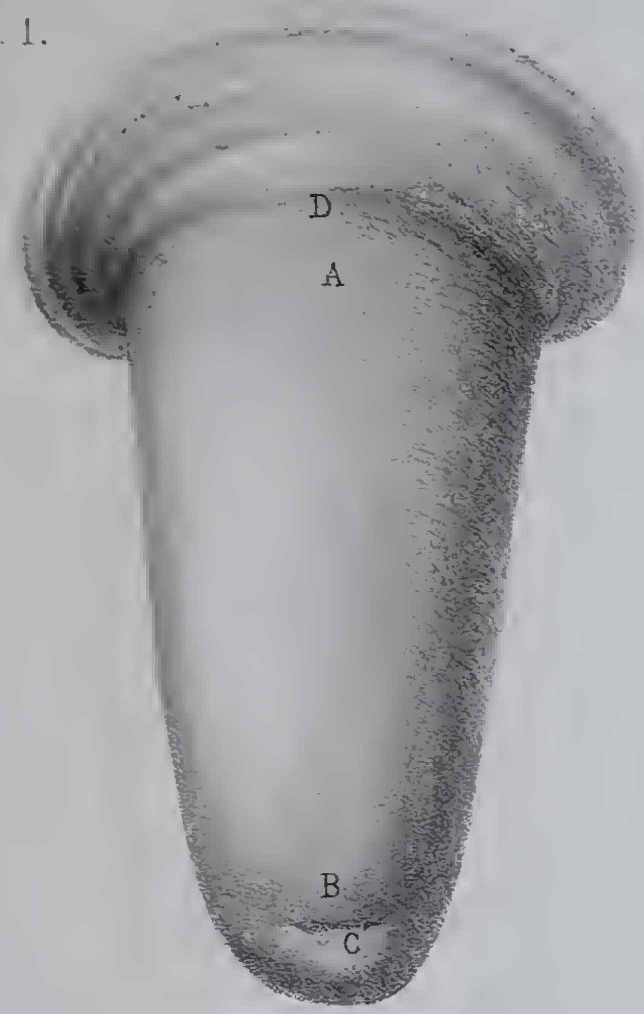


Fig. 2.

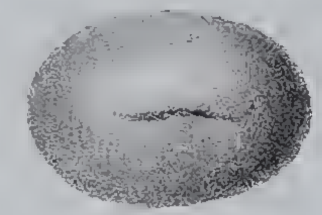


Fig. 3.

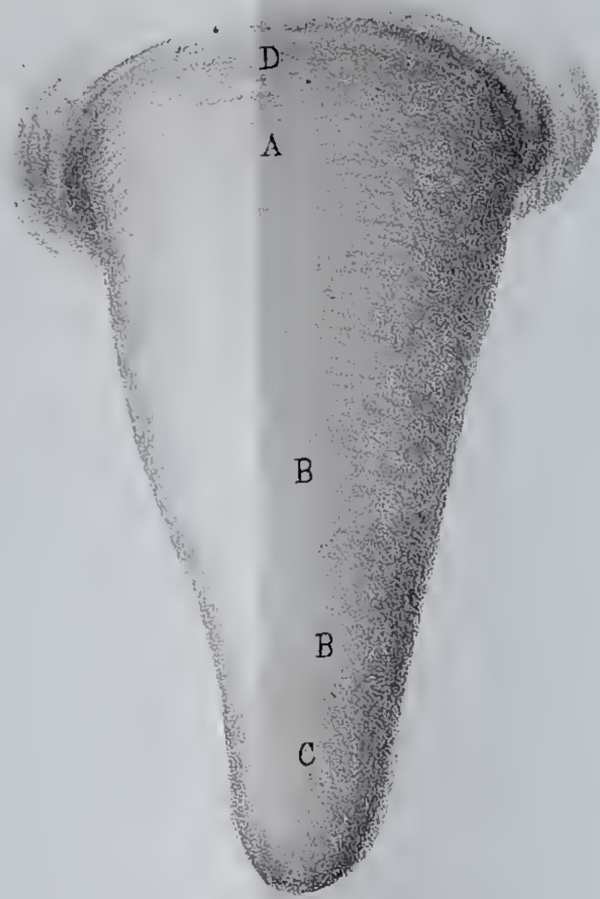


Fig. 5.



Fig. 4.

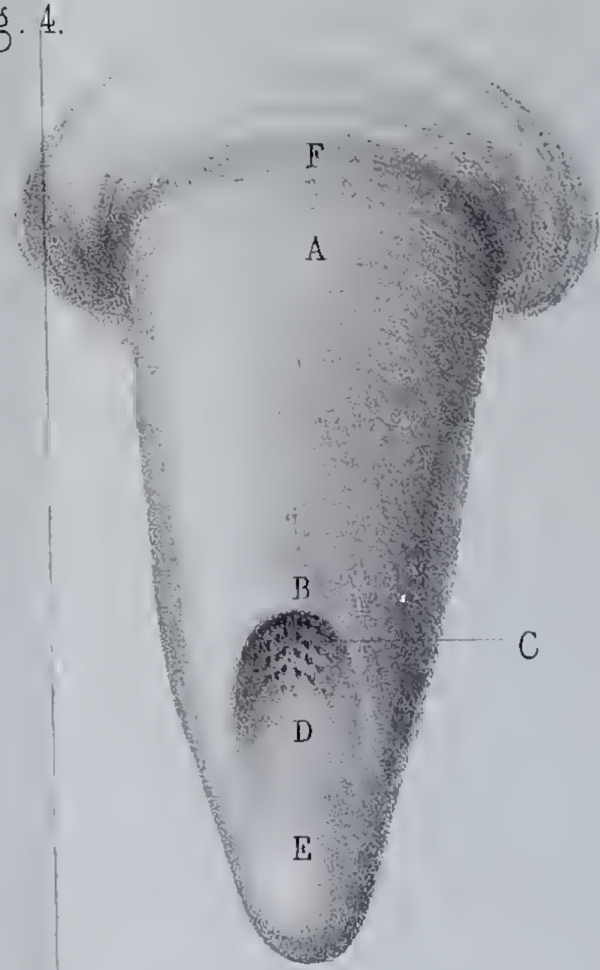


Fig. 10.

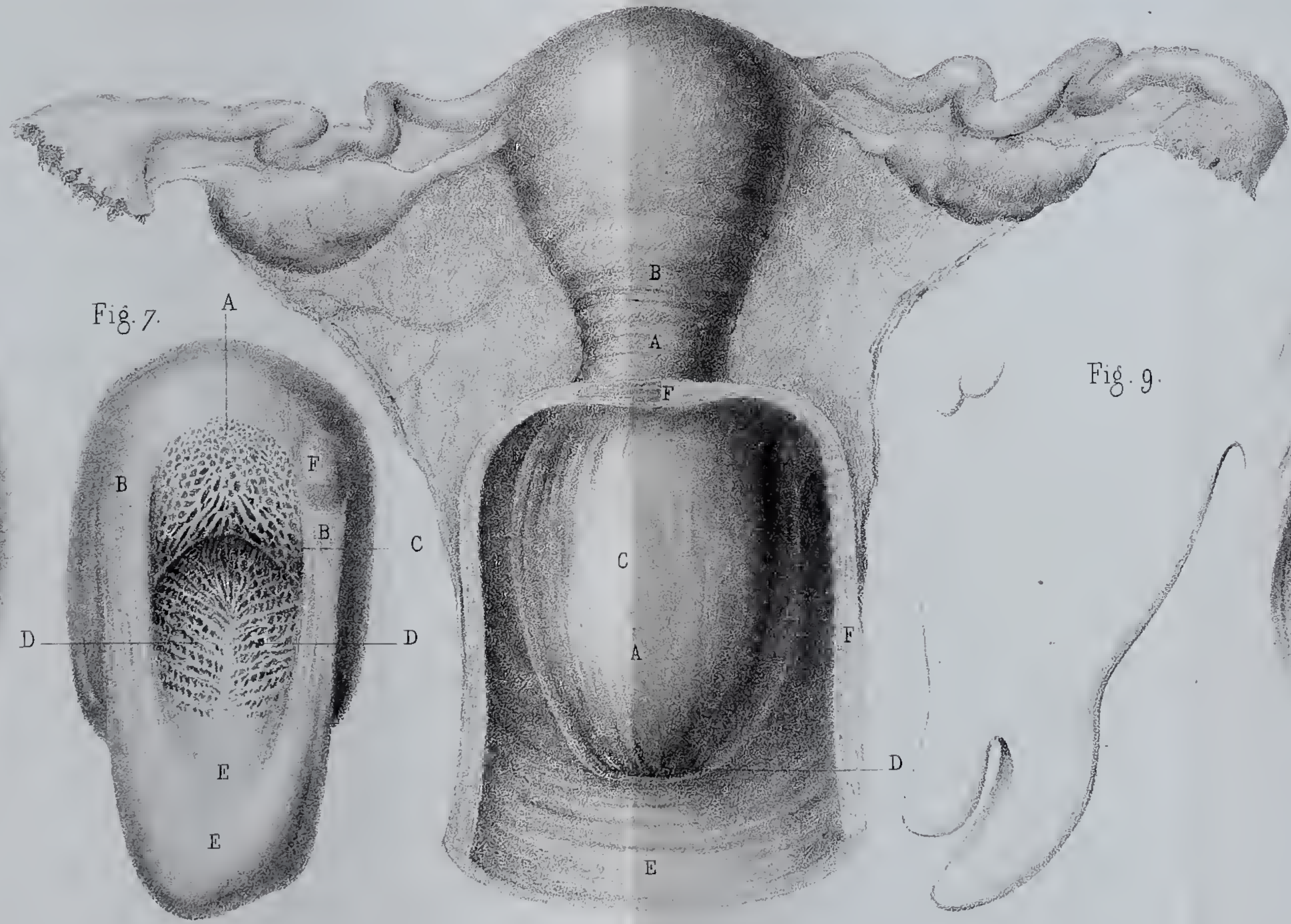


Fig. 6.

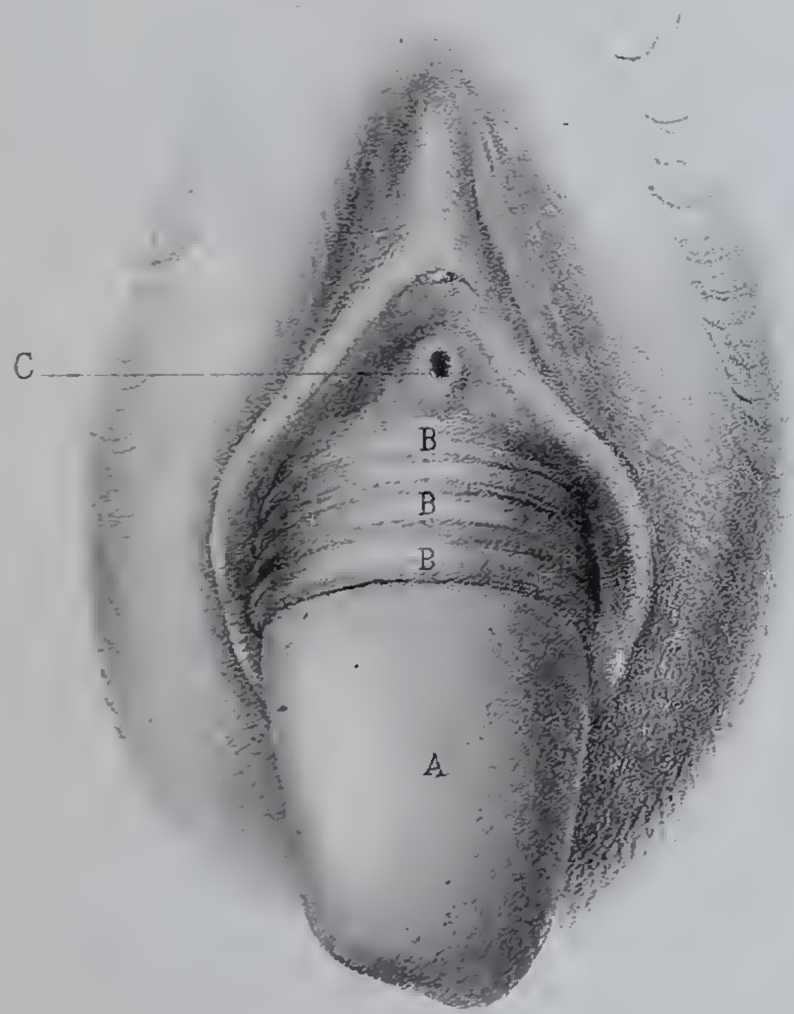


Fig. 7.



Fig. 9.



Fig. 8.

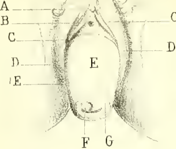


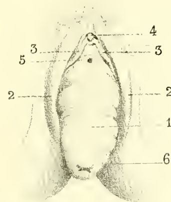
P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.







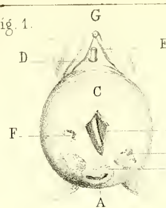
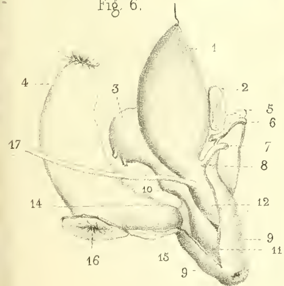
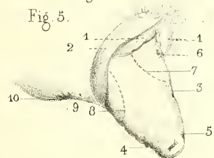


Fig. 7.

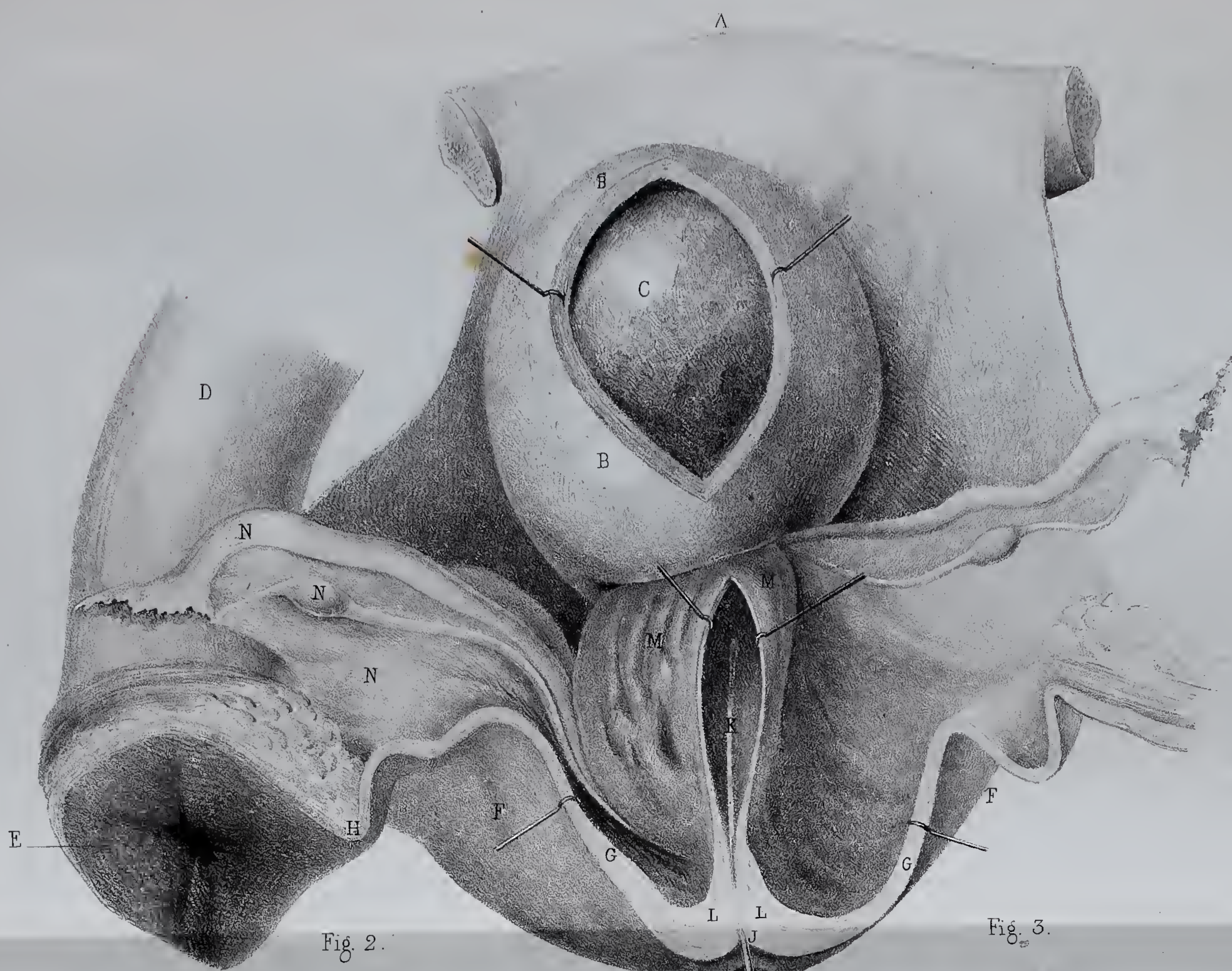
A
B
C
D
E
F
G
H
J
J
K
L
M
N
N
N
O
P
Q
Q
Q'
Q'
R
S
S
T
U

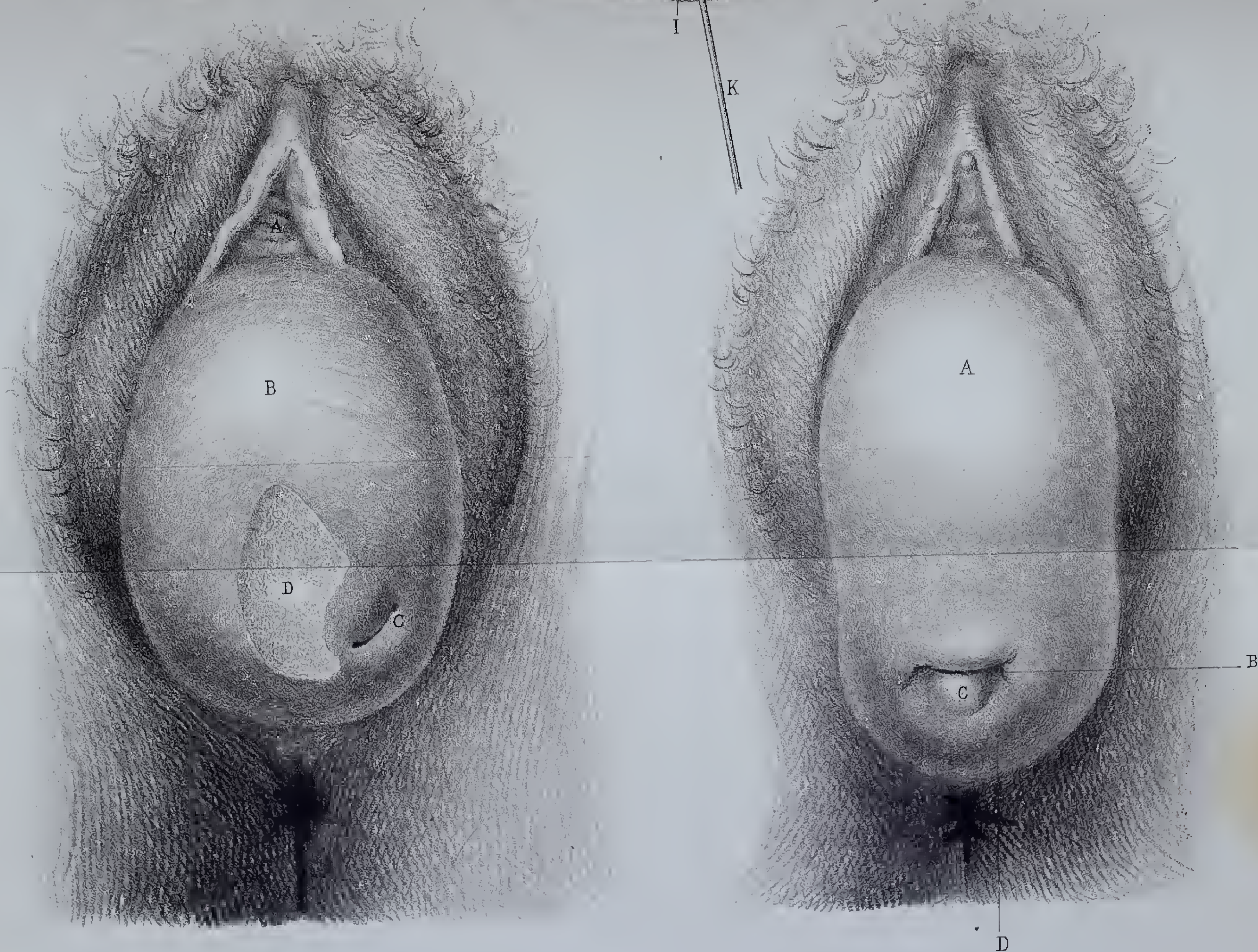




P. Lackerbauer del et lith. Librairie de J. B. Baillière et fils. Lith. Becquet frères.

Fig. 1.





P. Lackerbauer del et lith. Librairie de J.B. Baillière et fils. Lith. Becquet frères

PL. IV.

Fig. 1.

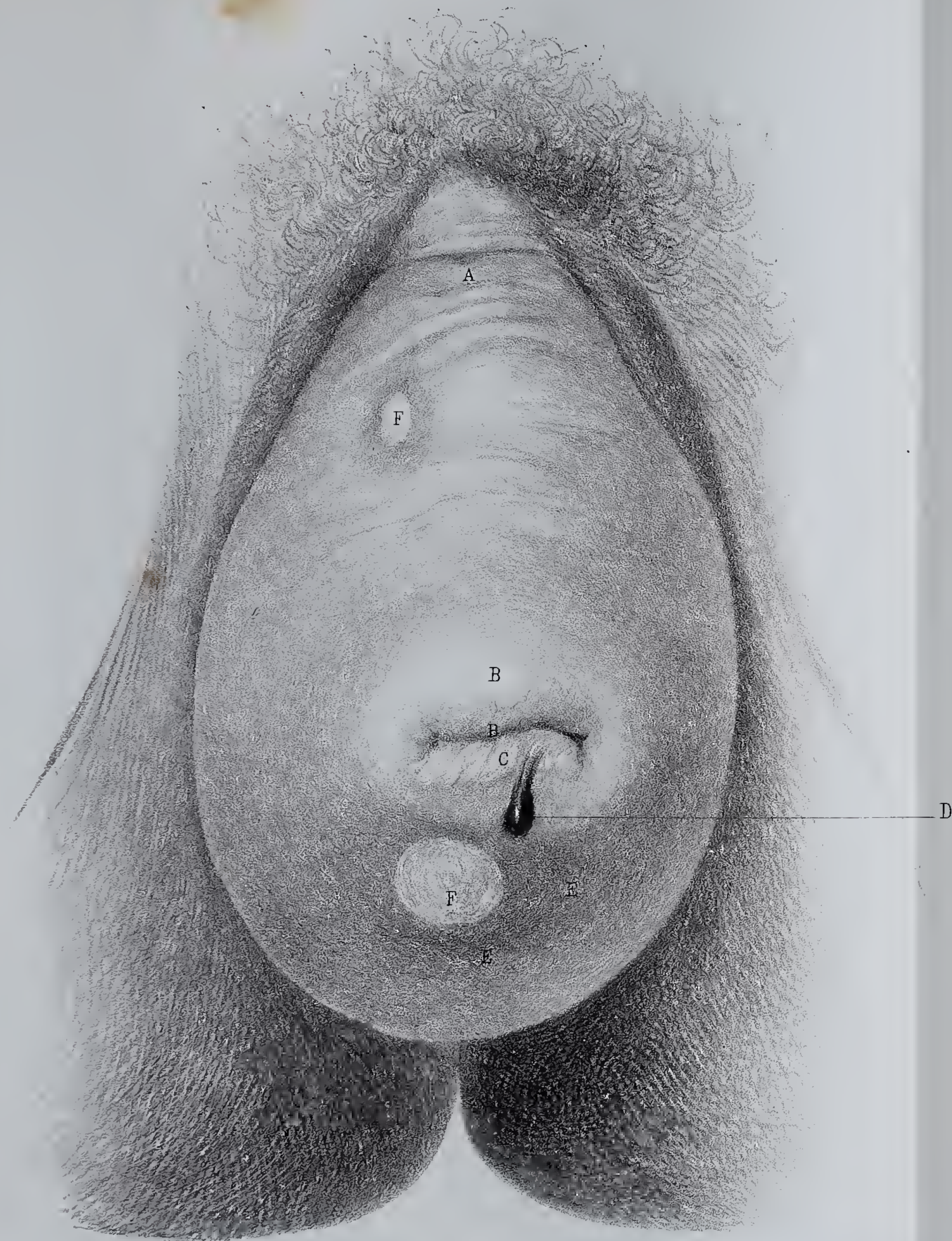
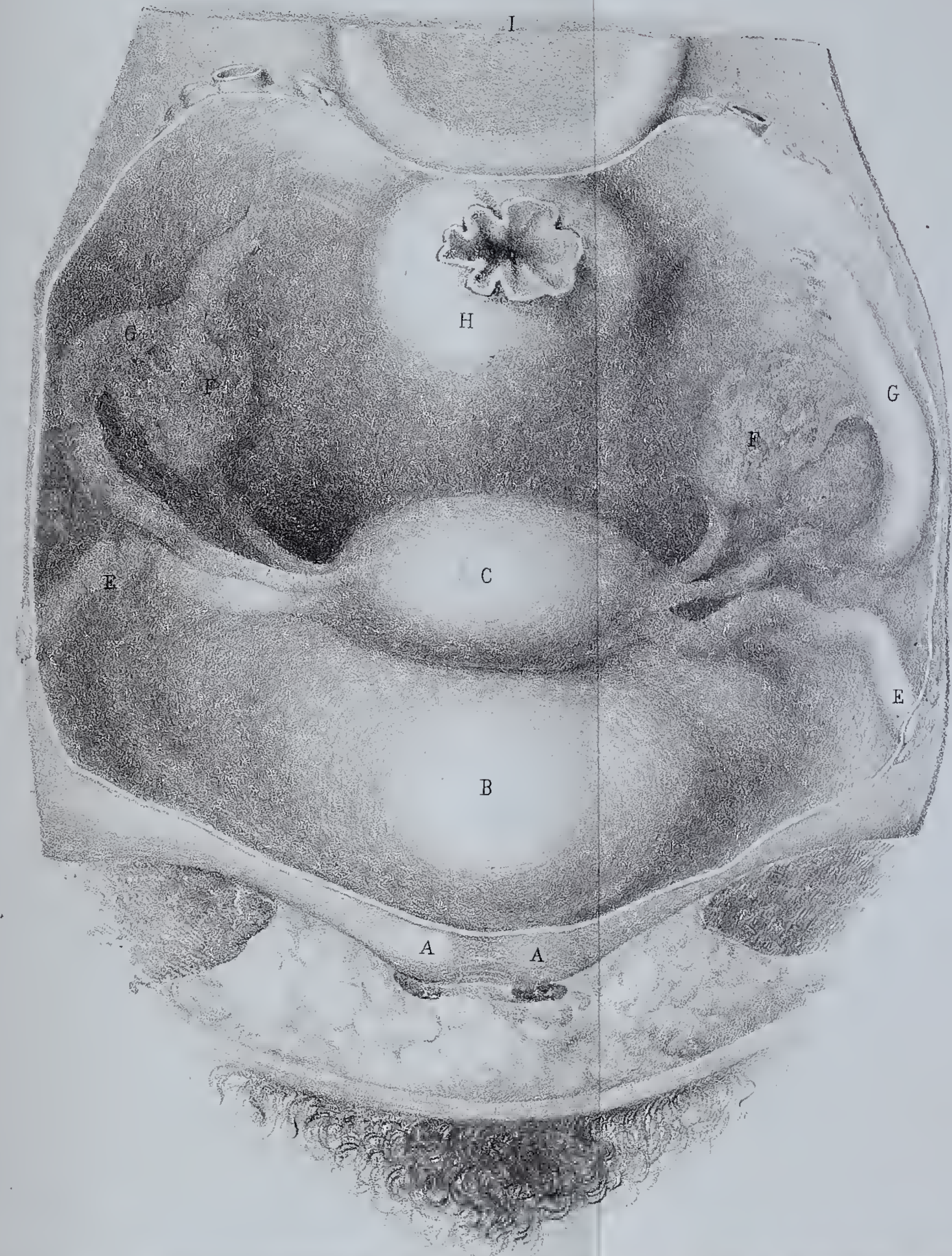


Fig. 2.



P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.

Fig. 4.

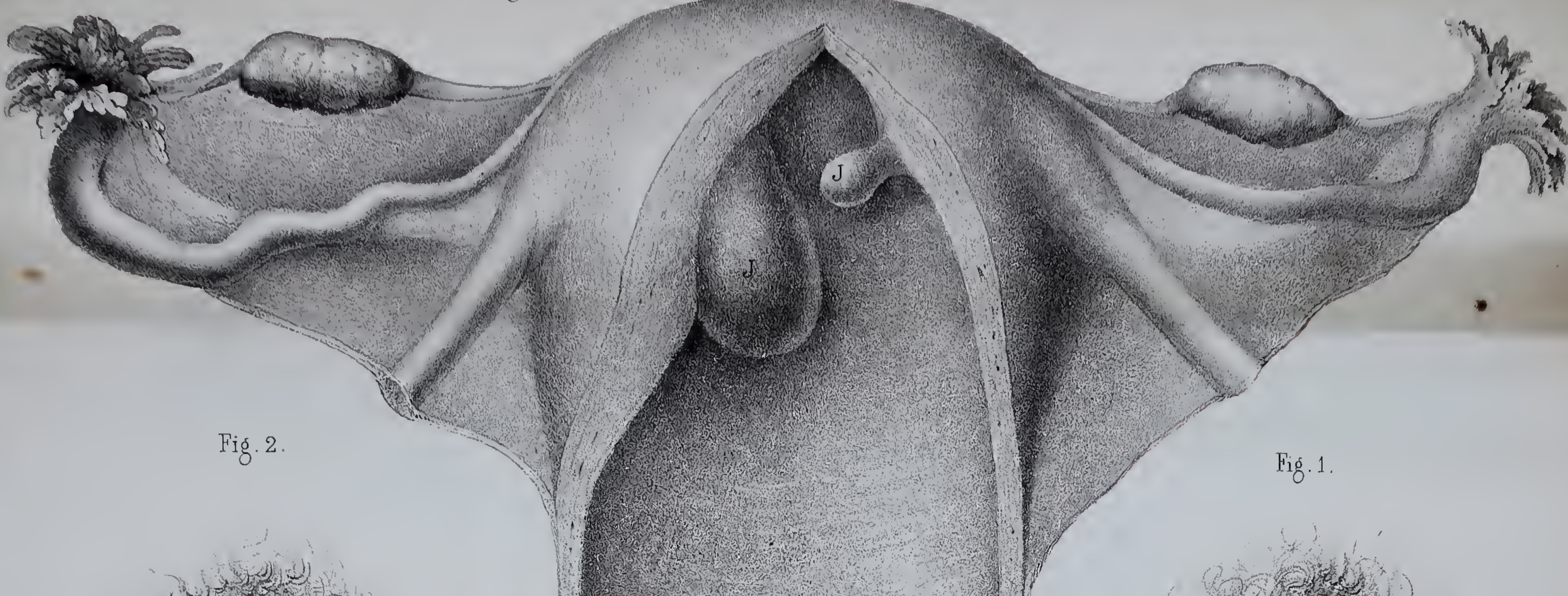


Fig. 2.

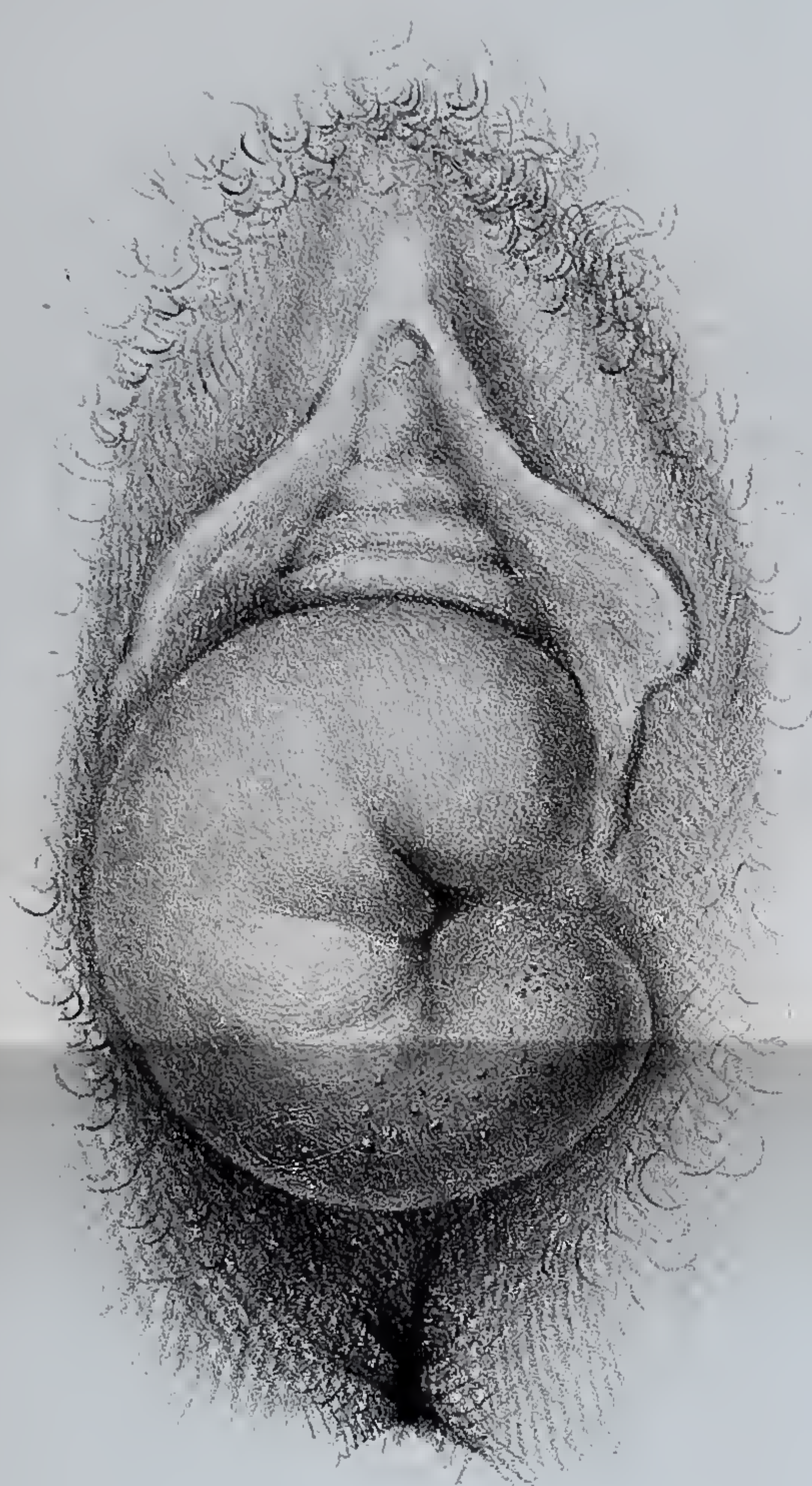


Fig. 1.

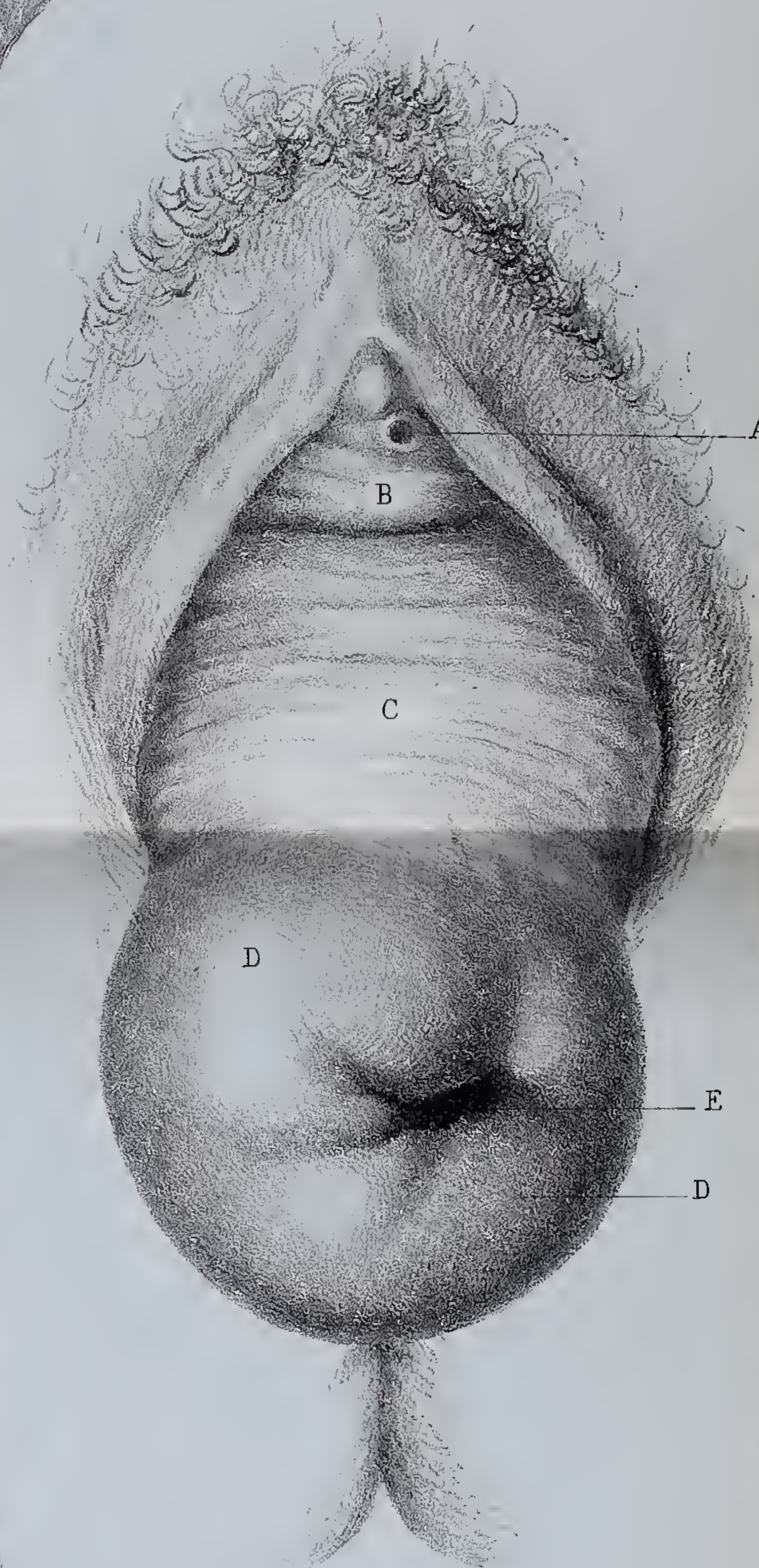
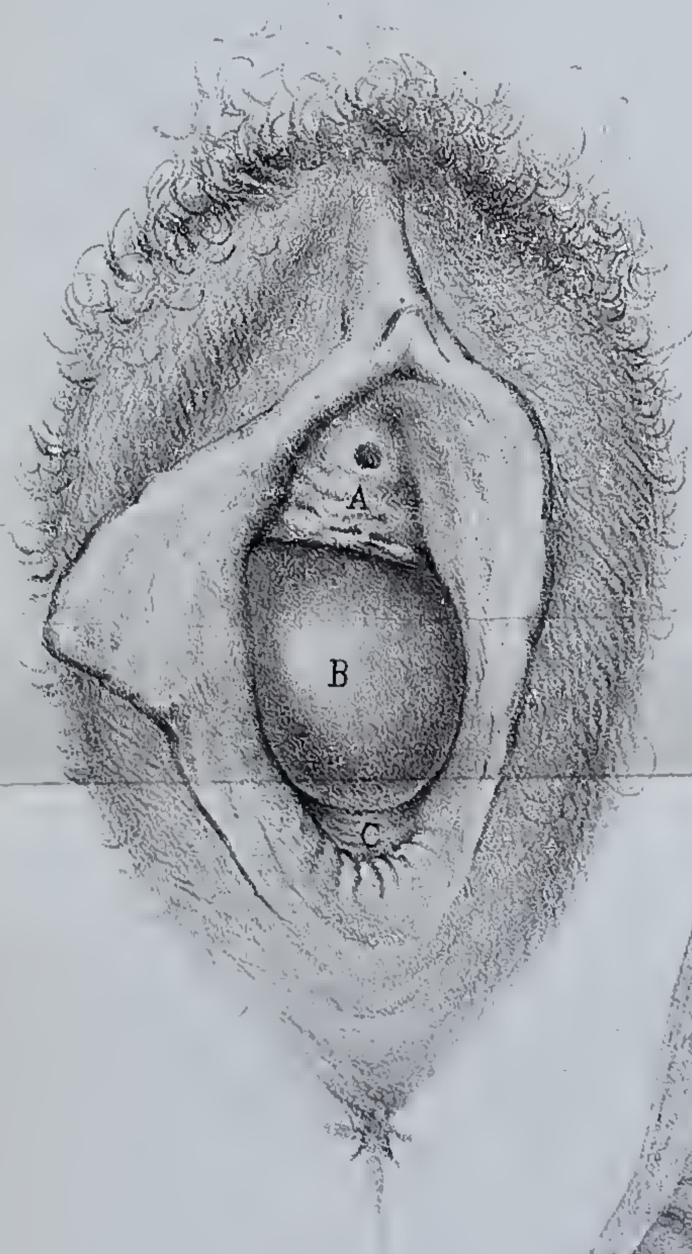
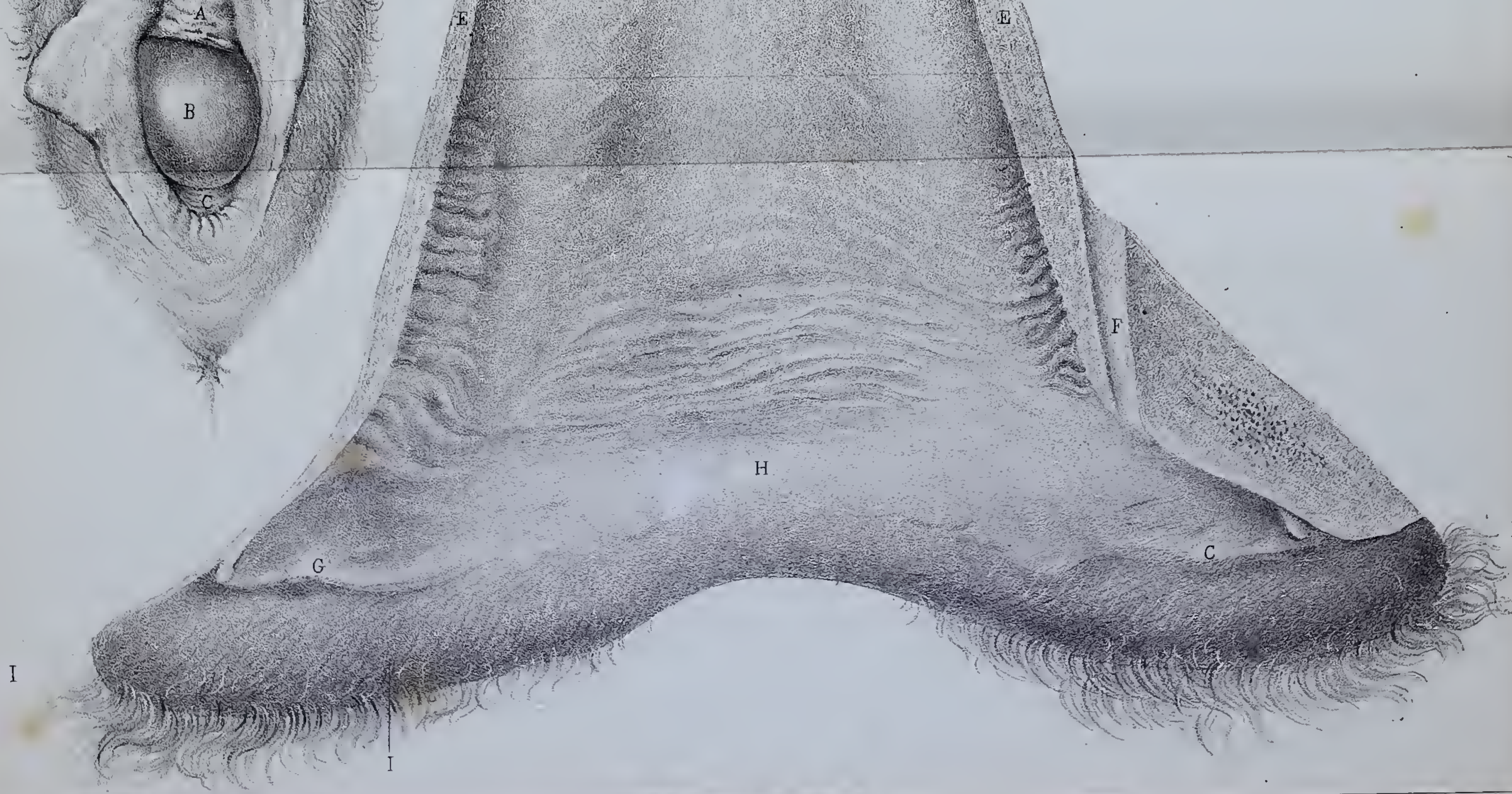


Fig. 3.





P. Lackerbauer del. et lith.
Librairie de J. B. Baillière et fils.
Lith. Becquet frères.

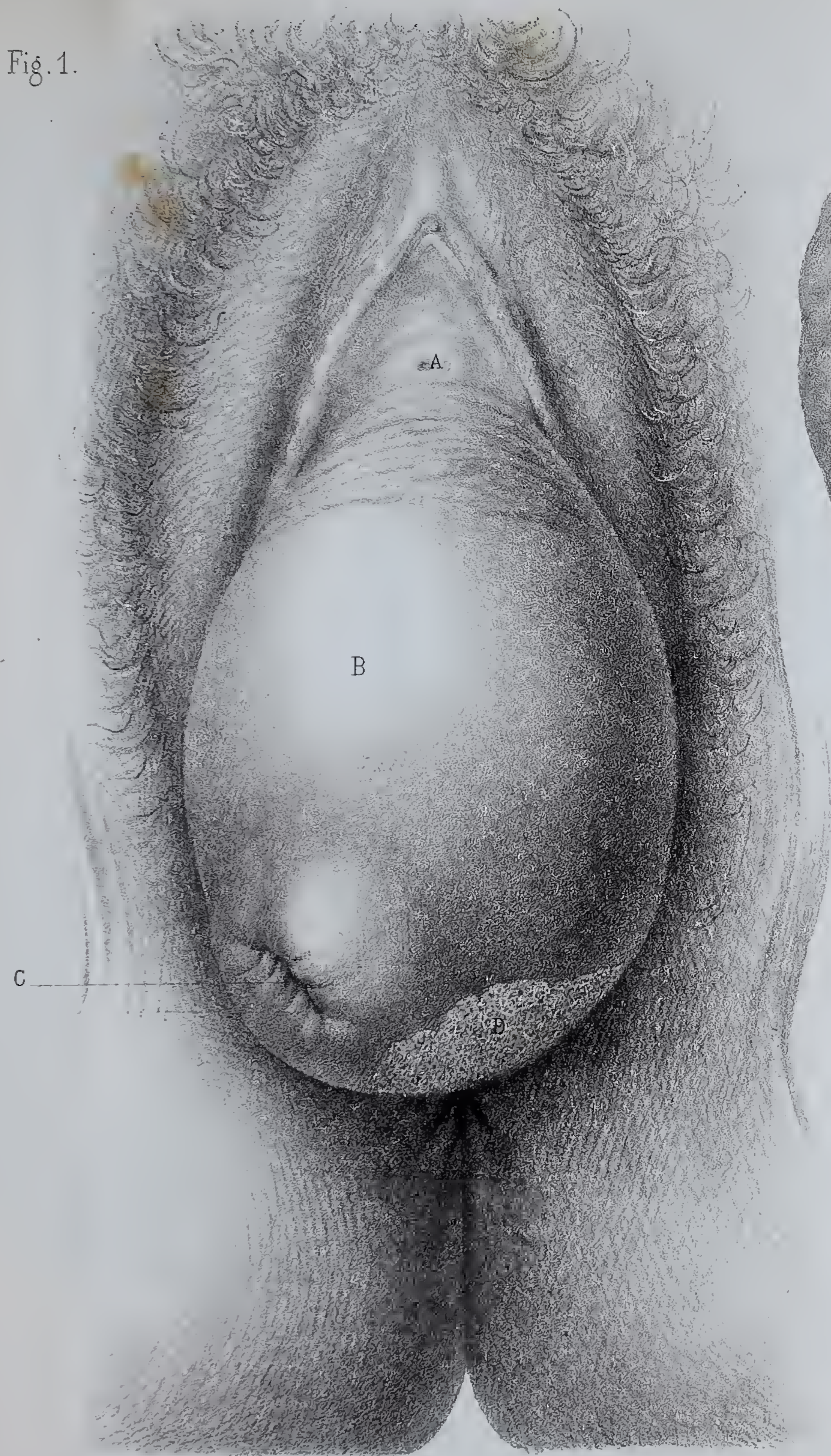


Fig. 2.

M H V I I E M O N K O G Y P G J A Q S T R F F J F A N B D C C C

P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.

Fig. 1.

A
A
B
F
F
D
E
F
F
F
C

Fig. 2.

A
B
F
D
D
E
E
E
E
C

Lith. Becquet frères.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

PL. VIII.

Fig. 2.

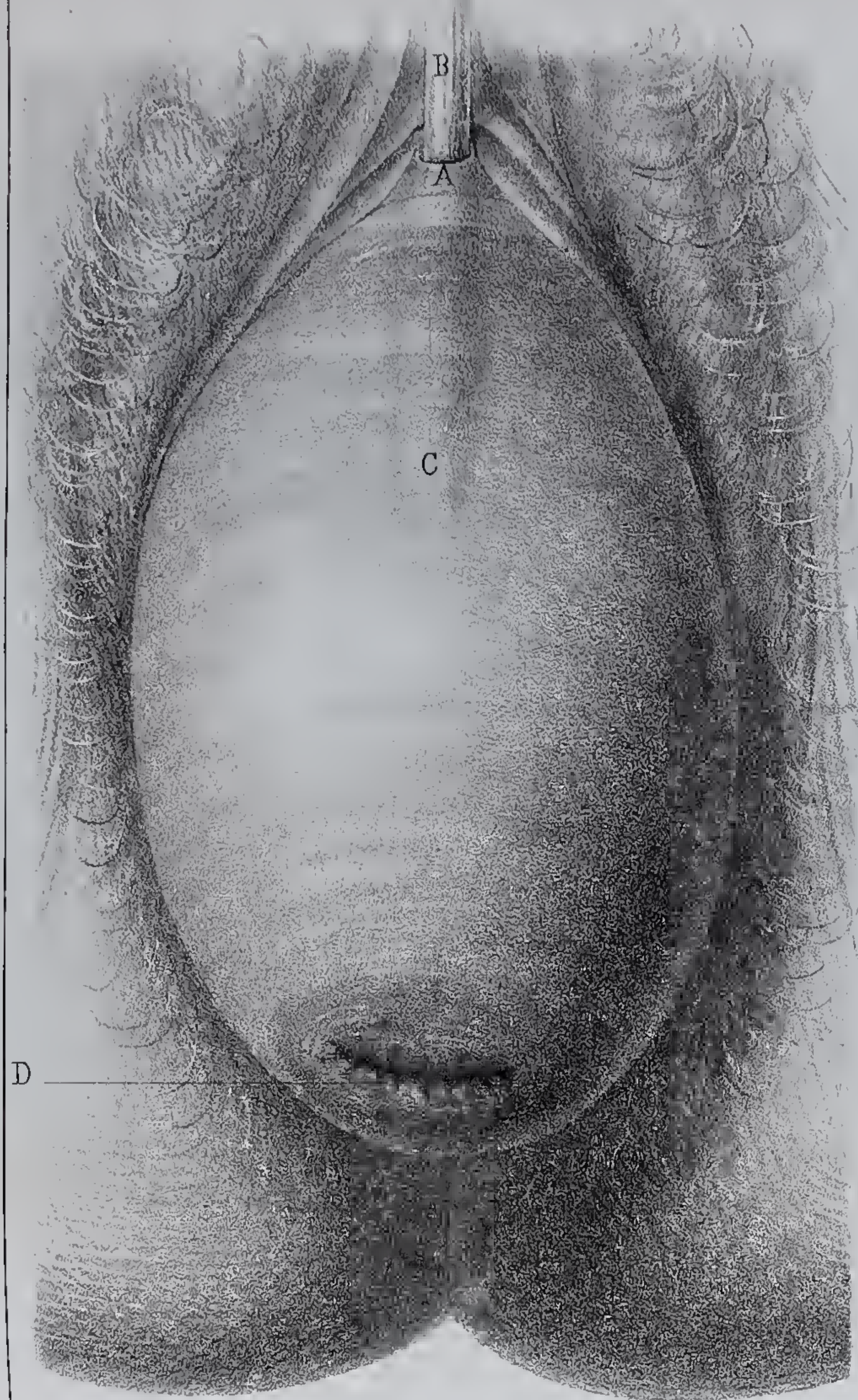


Fig. 1.

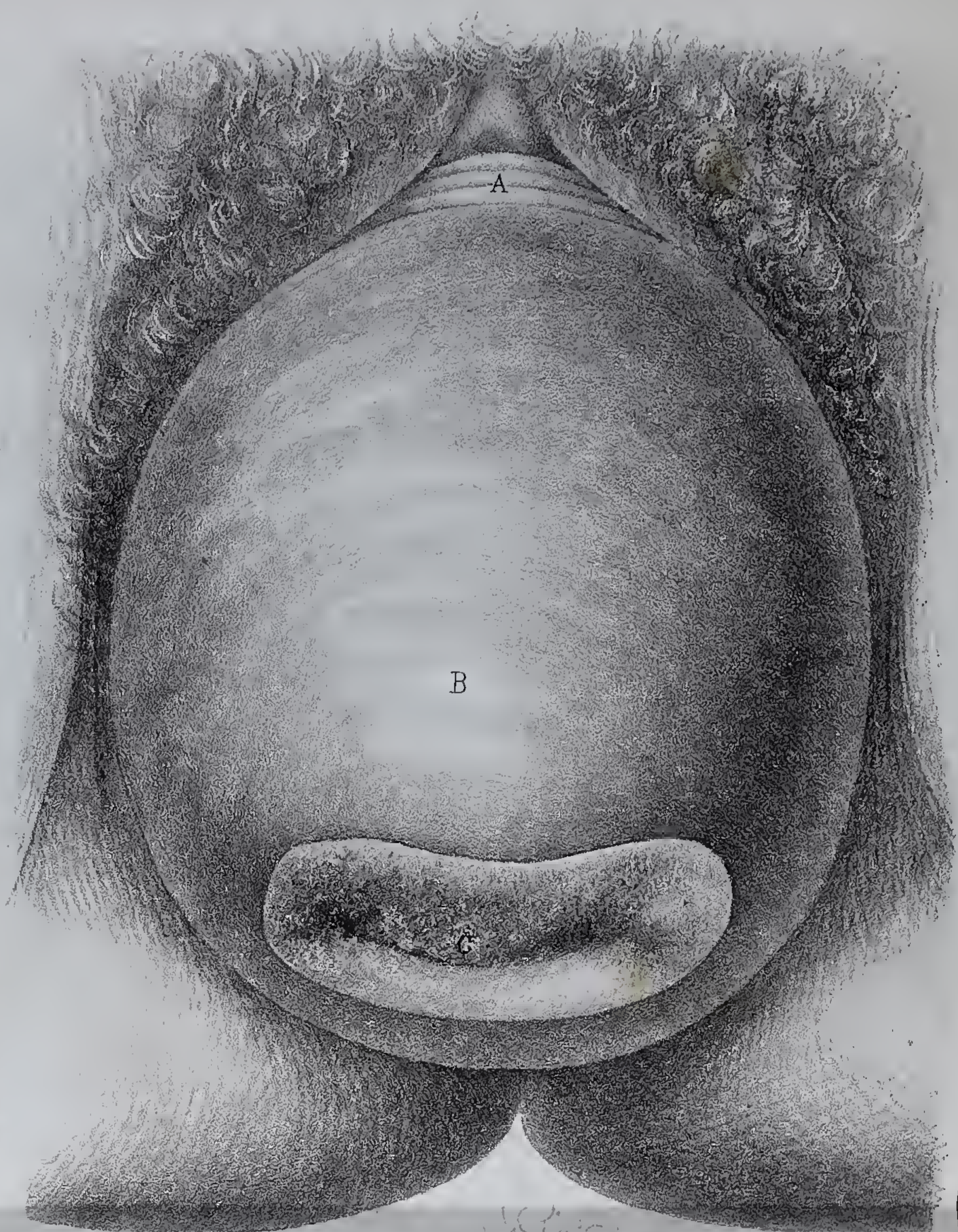


Fig. 4.

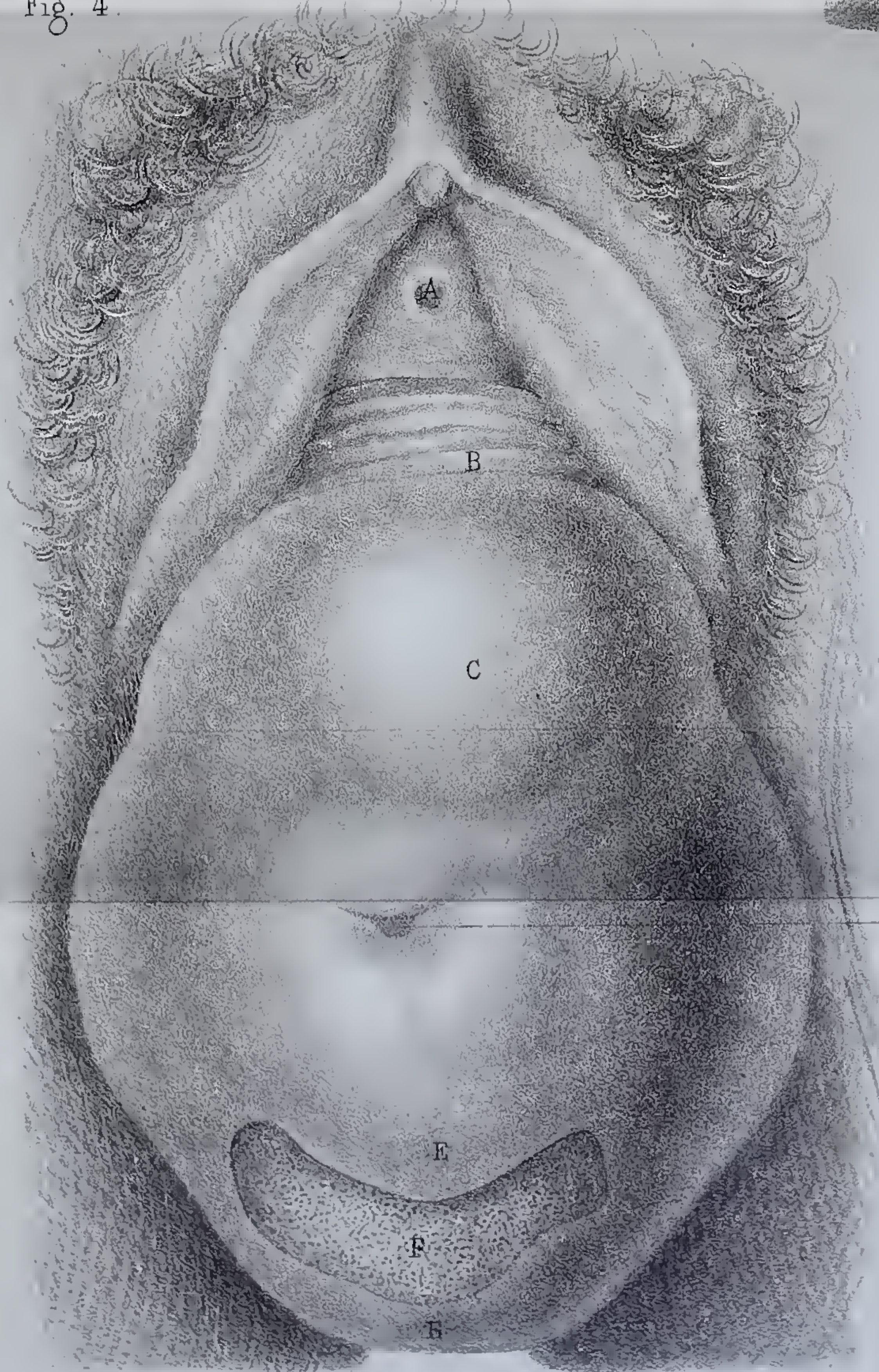
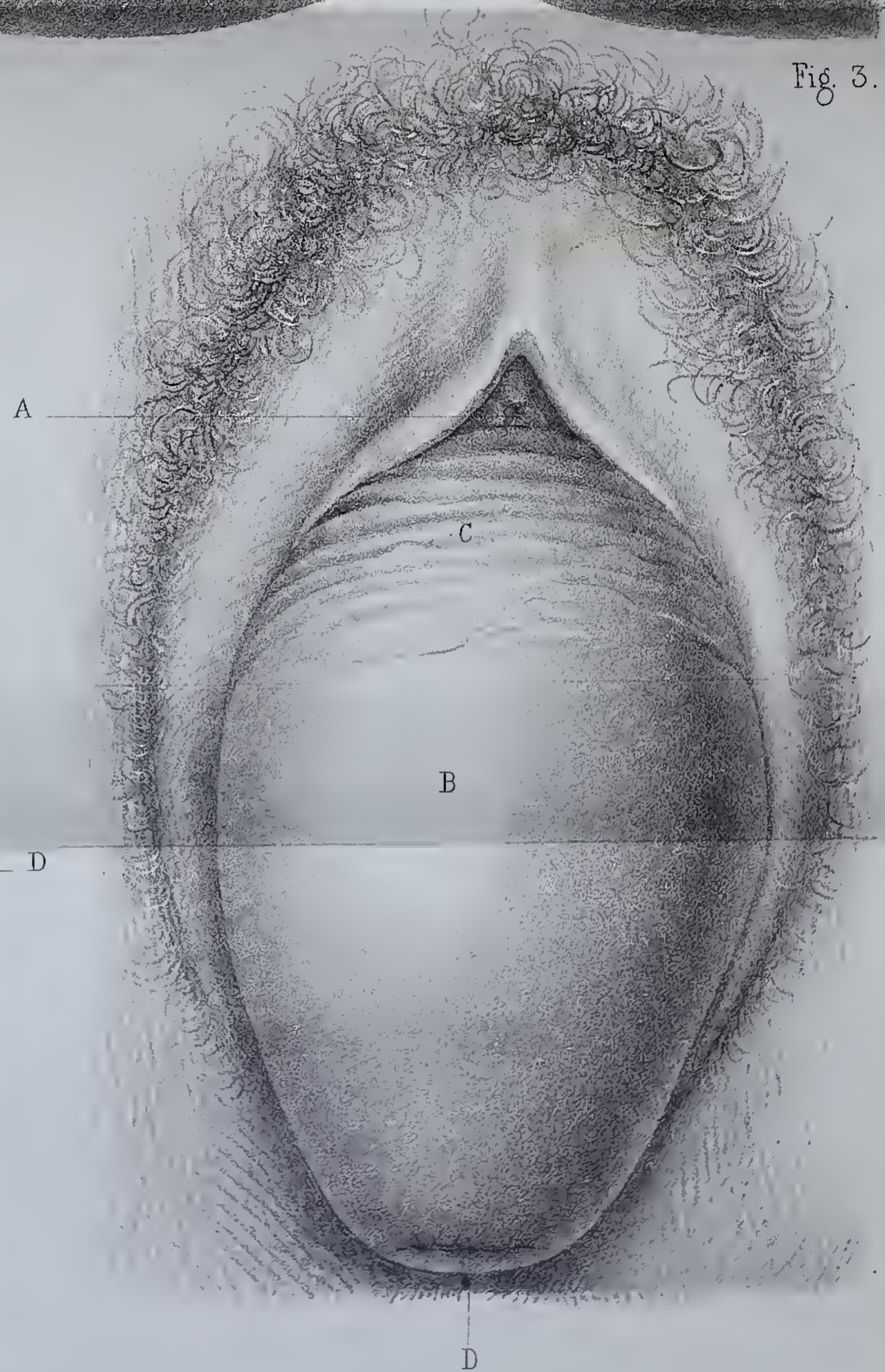


Fig. 3.



P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.

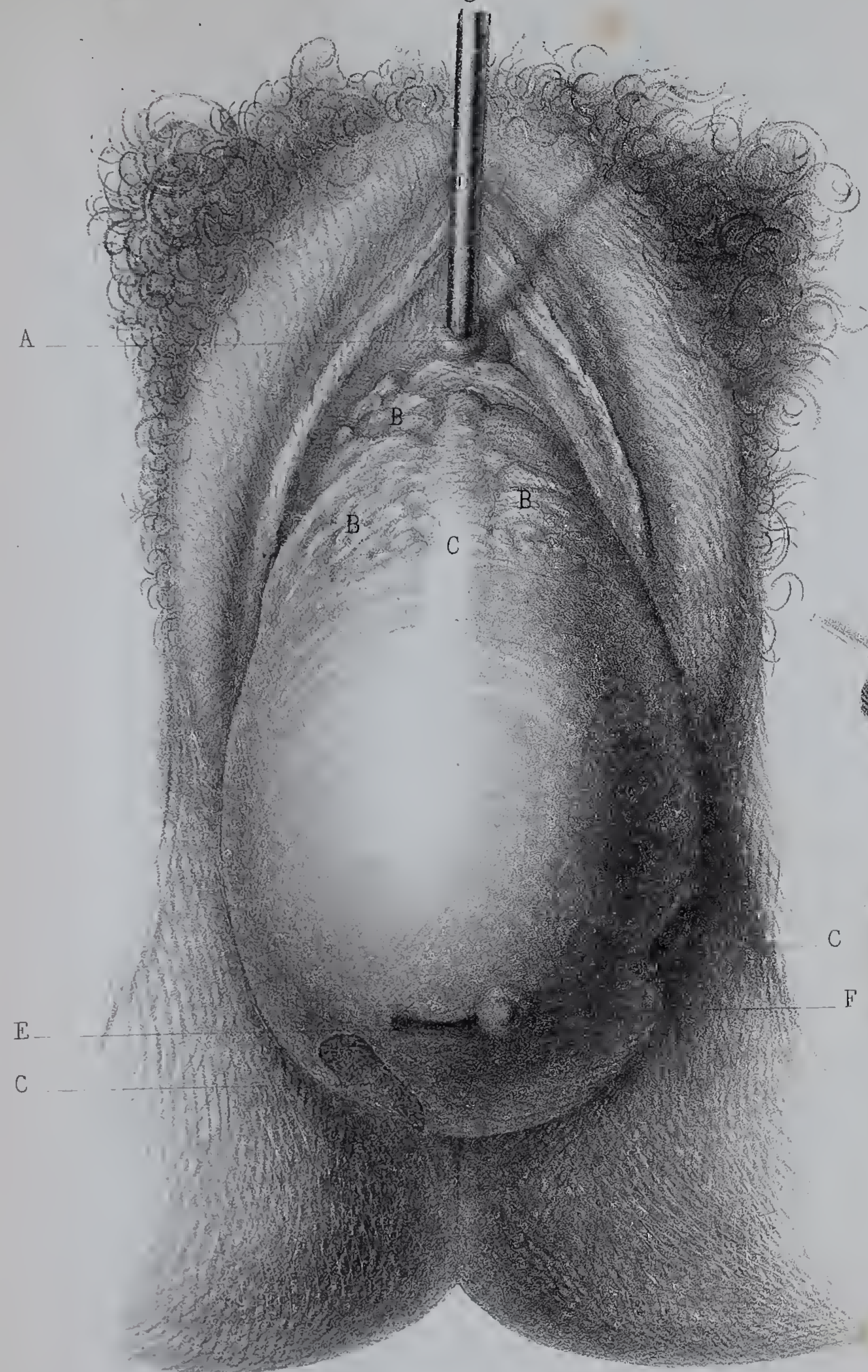


Fig. 2.

B
M
F
G
G
I
K
J
F
E
E
J
I
A
C
K
H
L
N
O
C

P. Lackerbauer del et lith.
Librairie de J.B. Baillière et fils.
Lith. Becquet frères.

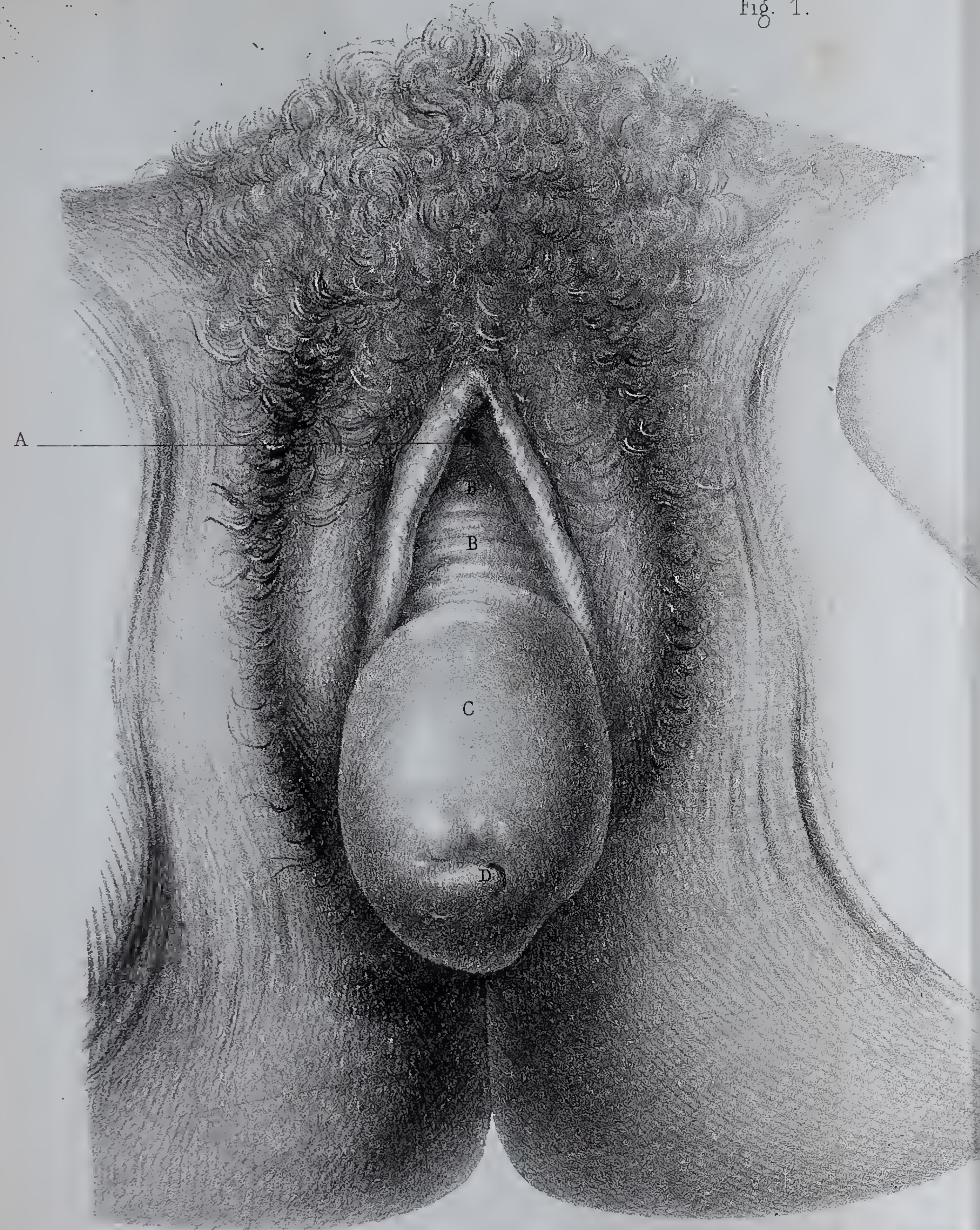


Fig. 1.

Fig. 2.

A

B

C

D

E

G

I

F

F

J

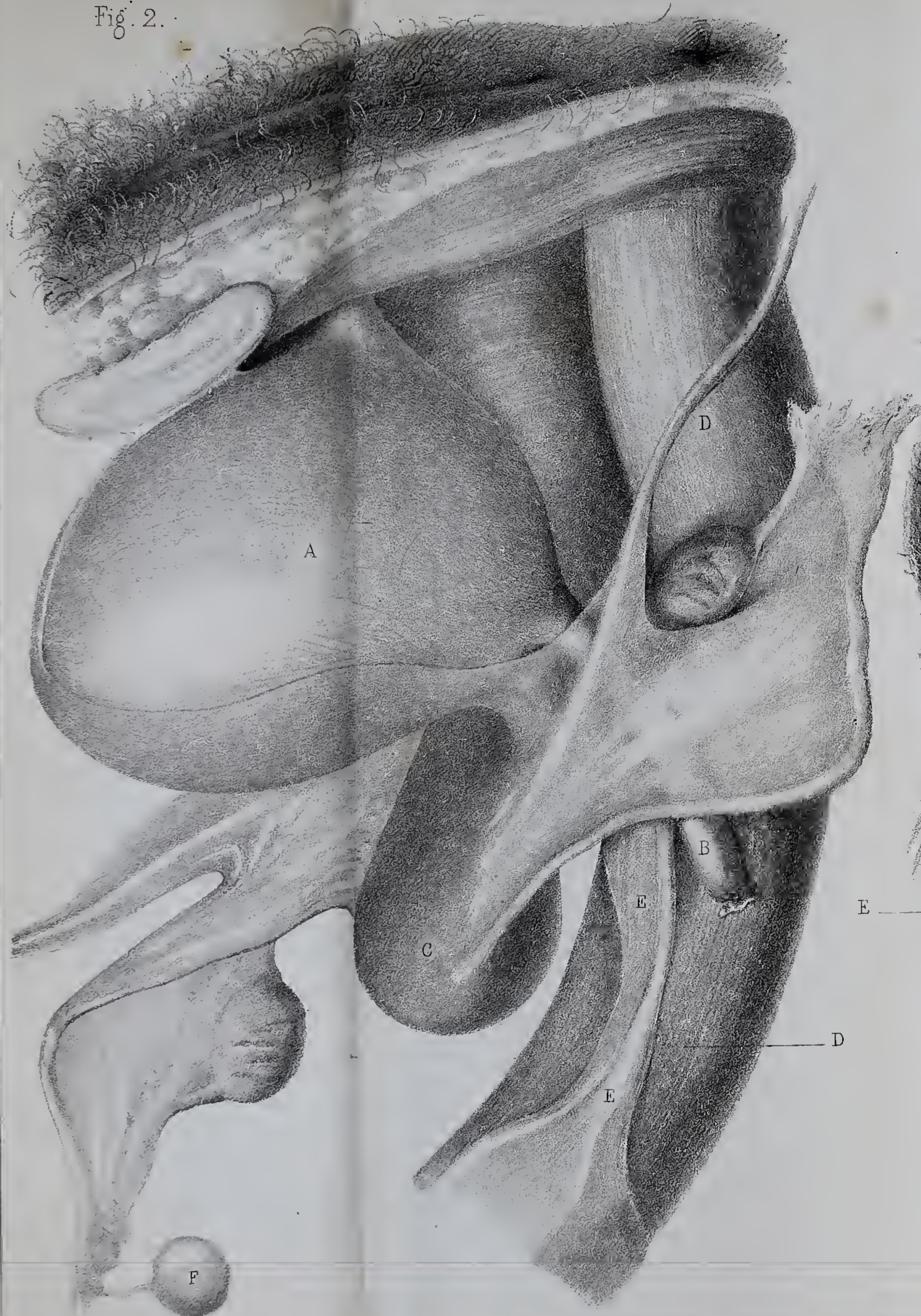
H

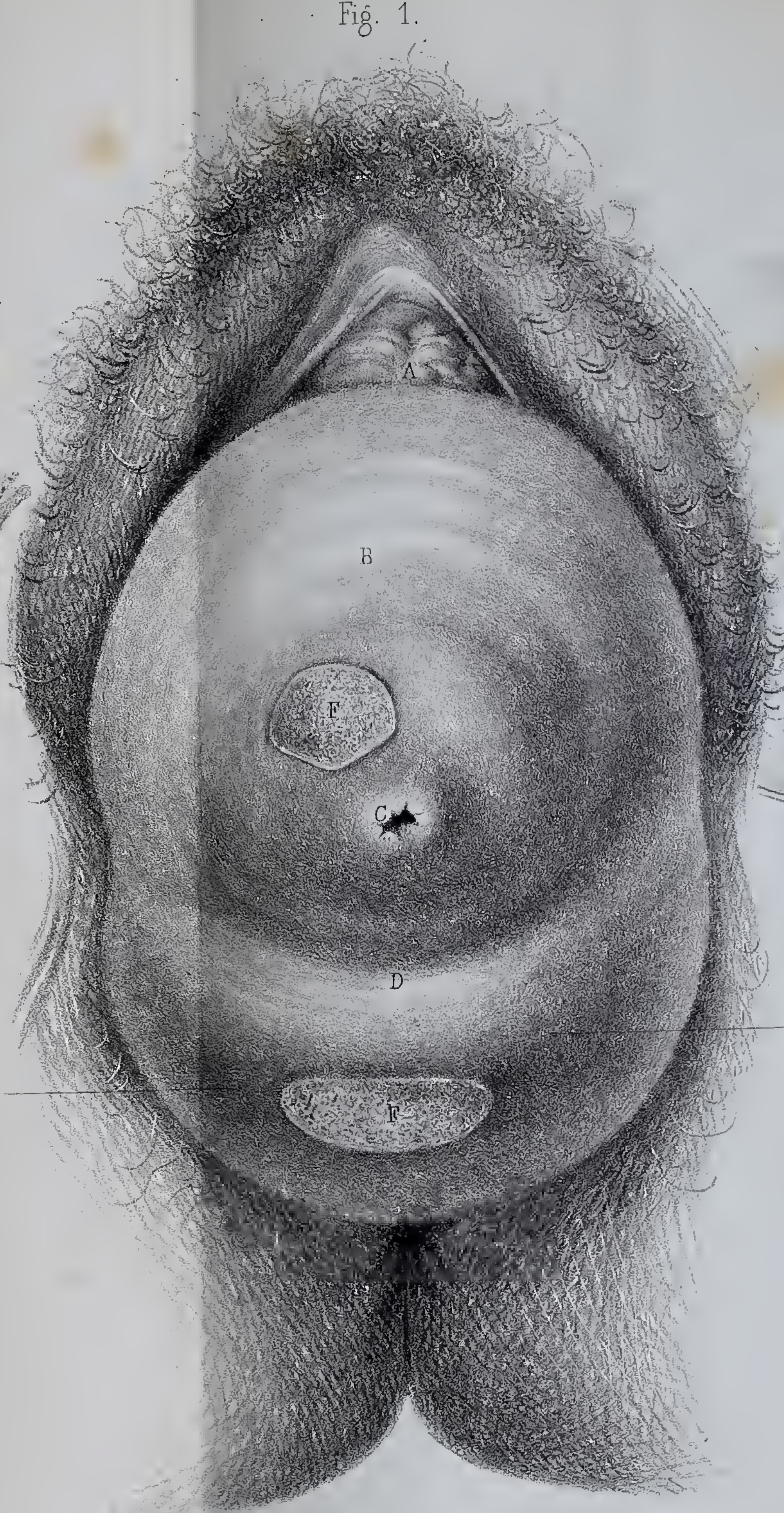
H

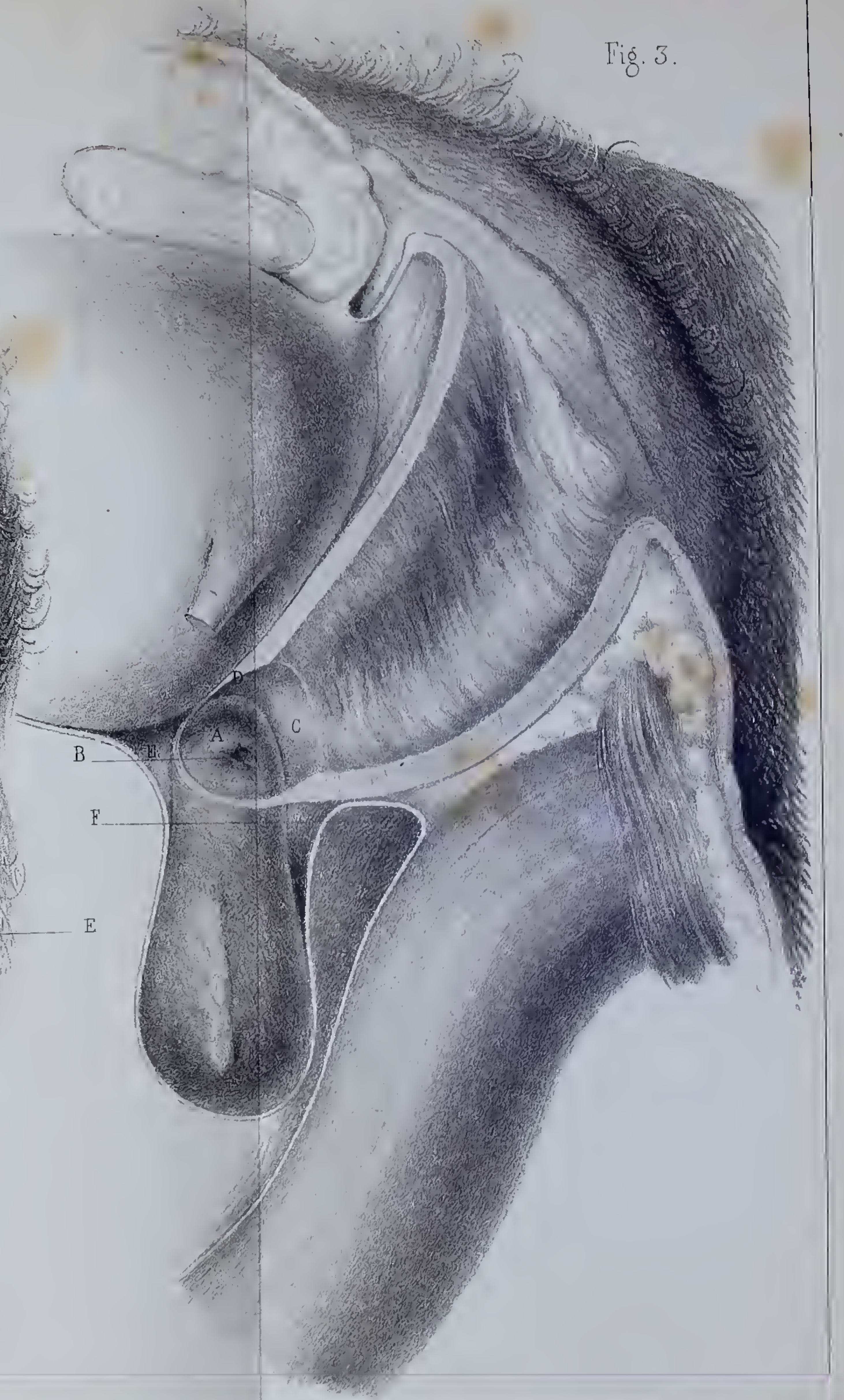
P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith Becquet frères







P. Lackerbauer del et lith.
Librairie de J.B. Baillière et fils
Lith Becquet frères.

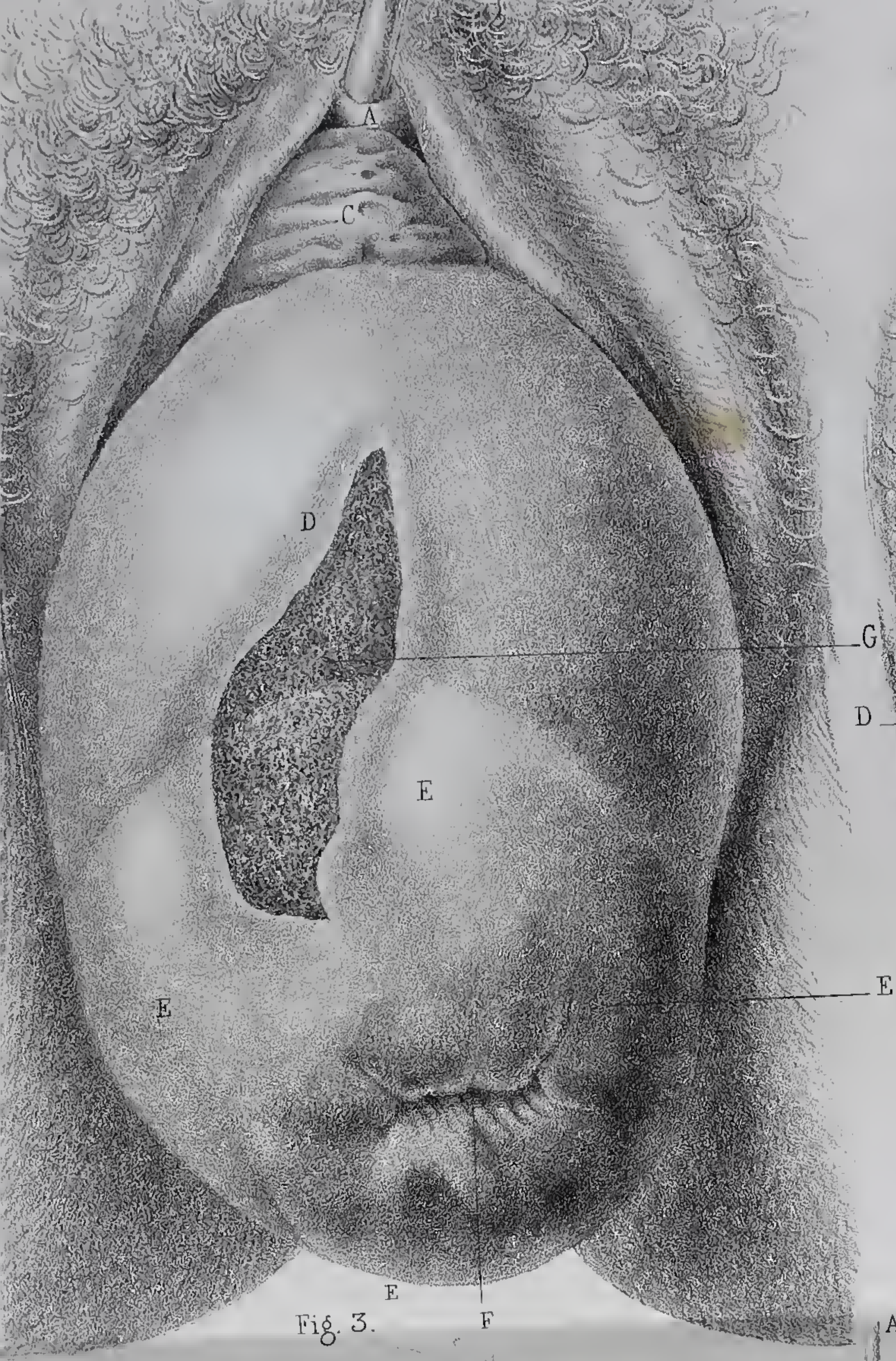


Fig. 3.

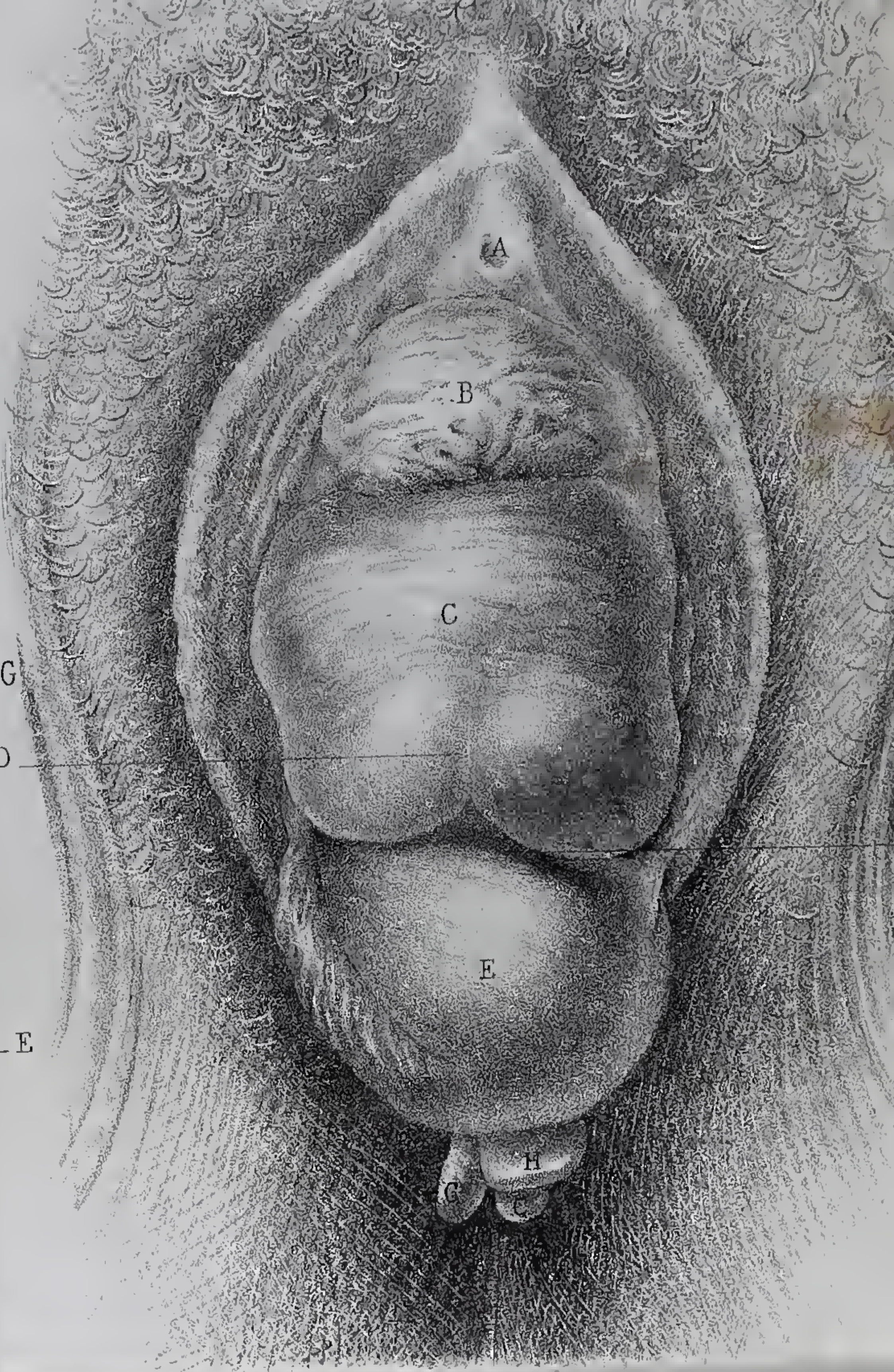
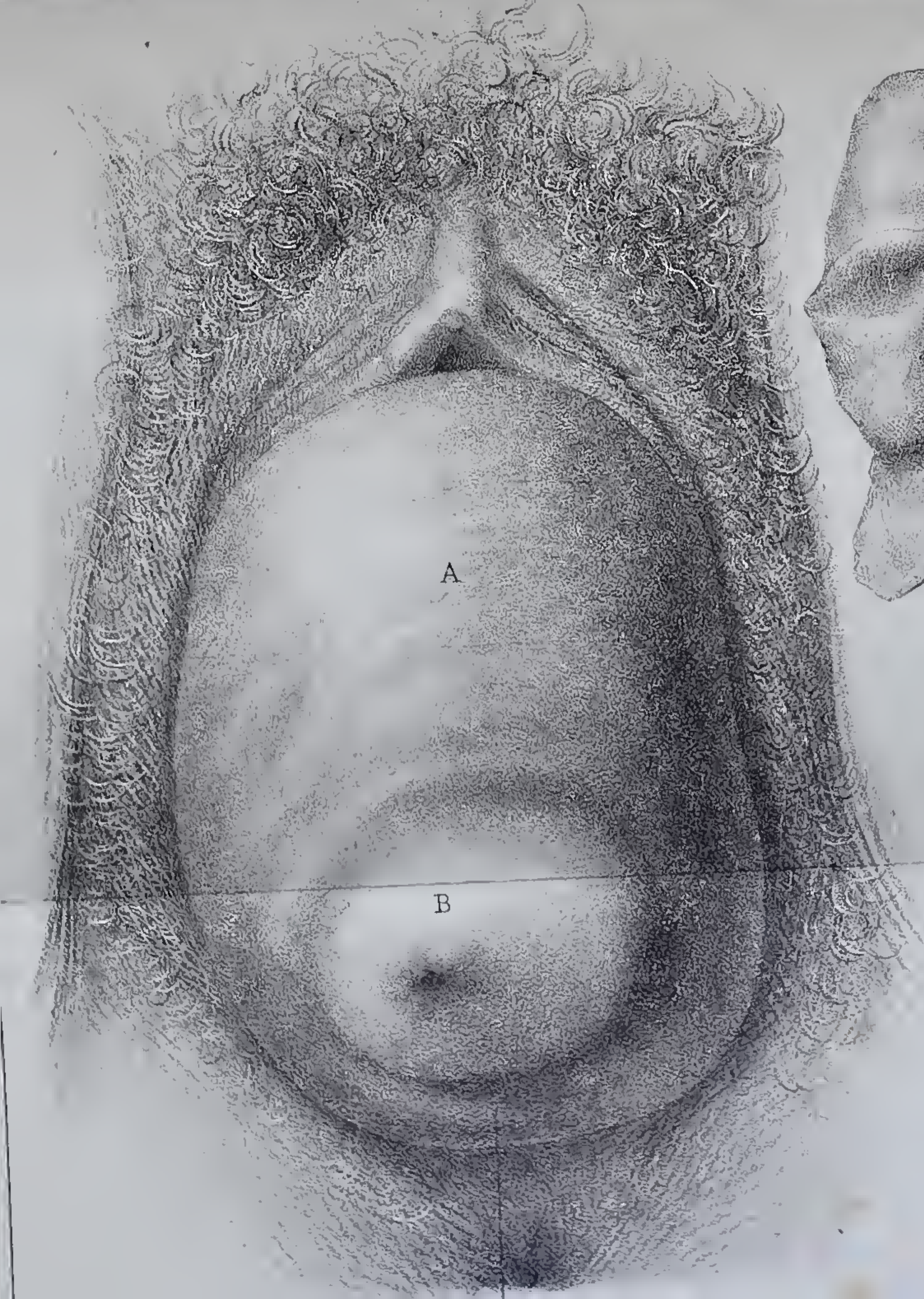


Fig. 5.



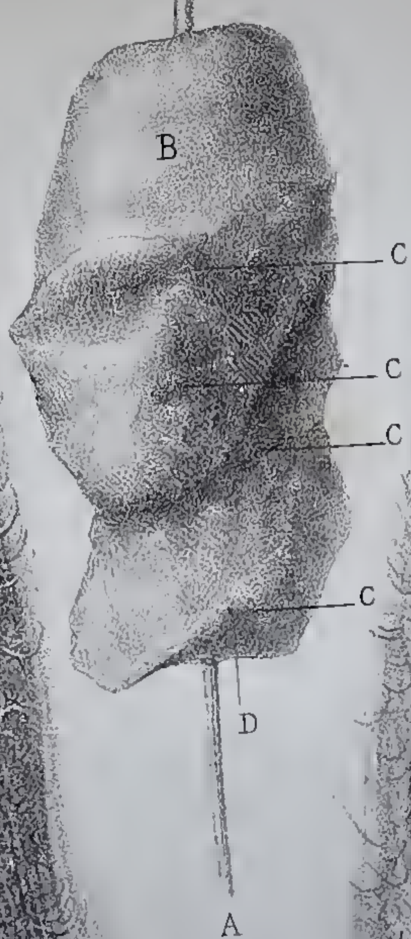


Fig. 4.

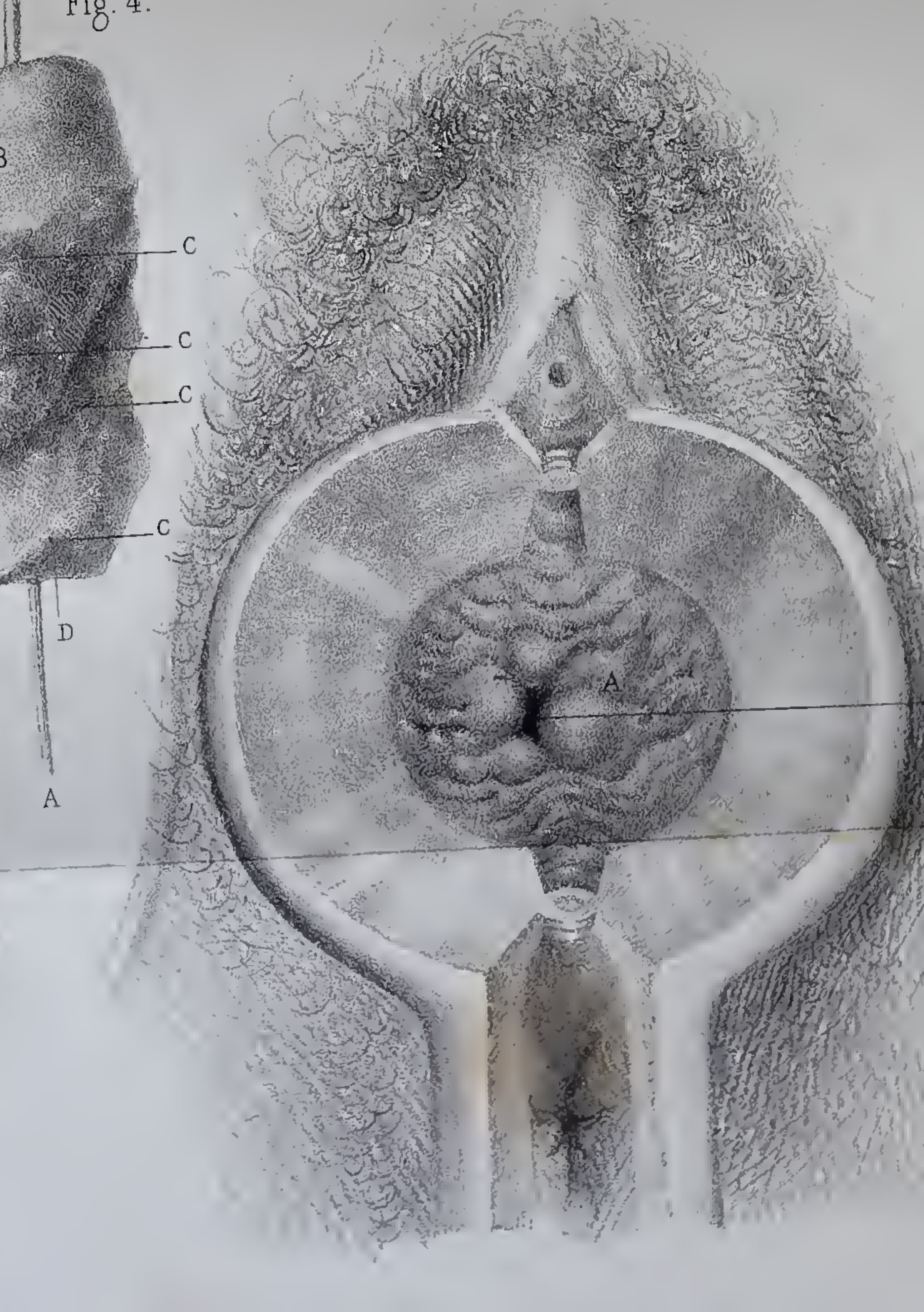


Fig. 1.



Fig. 3.

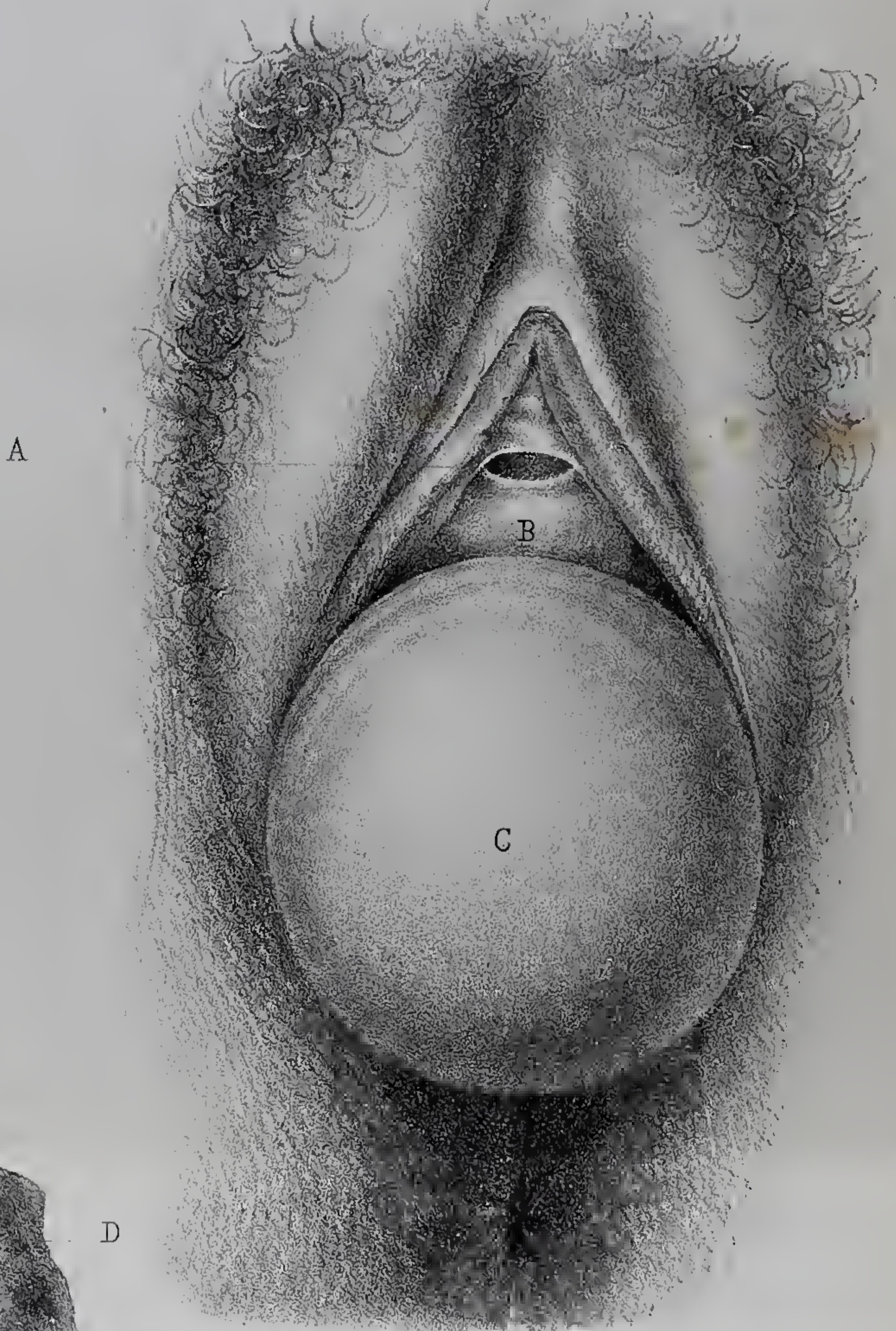


Fig. 2.

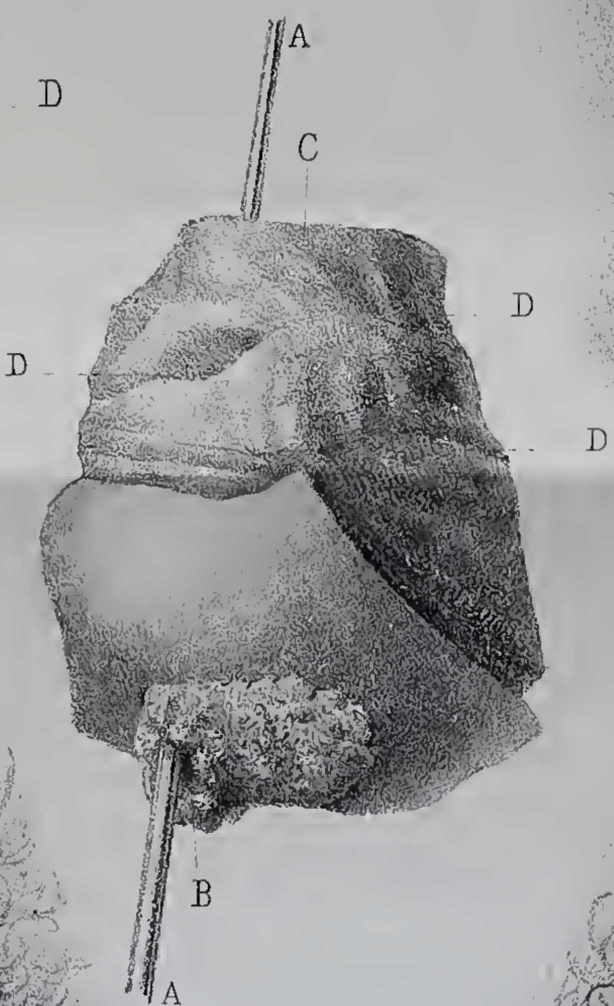


Fig. 4.

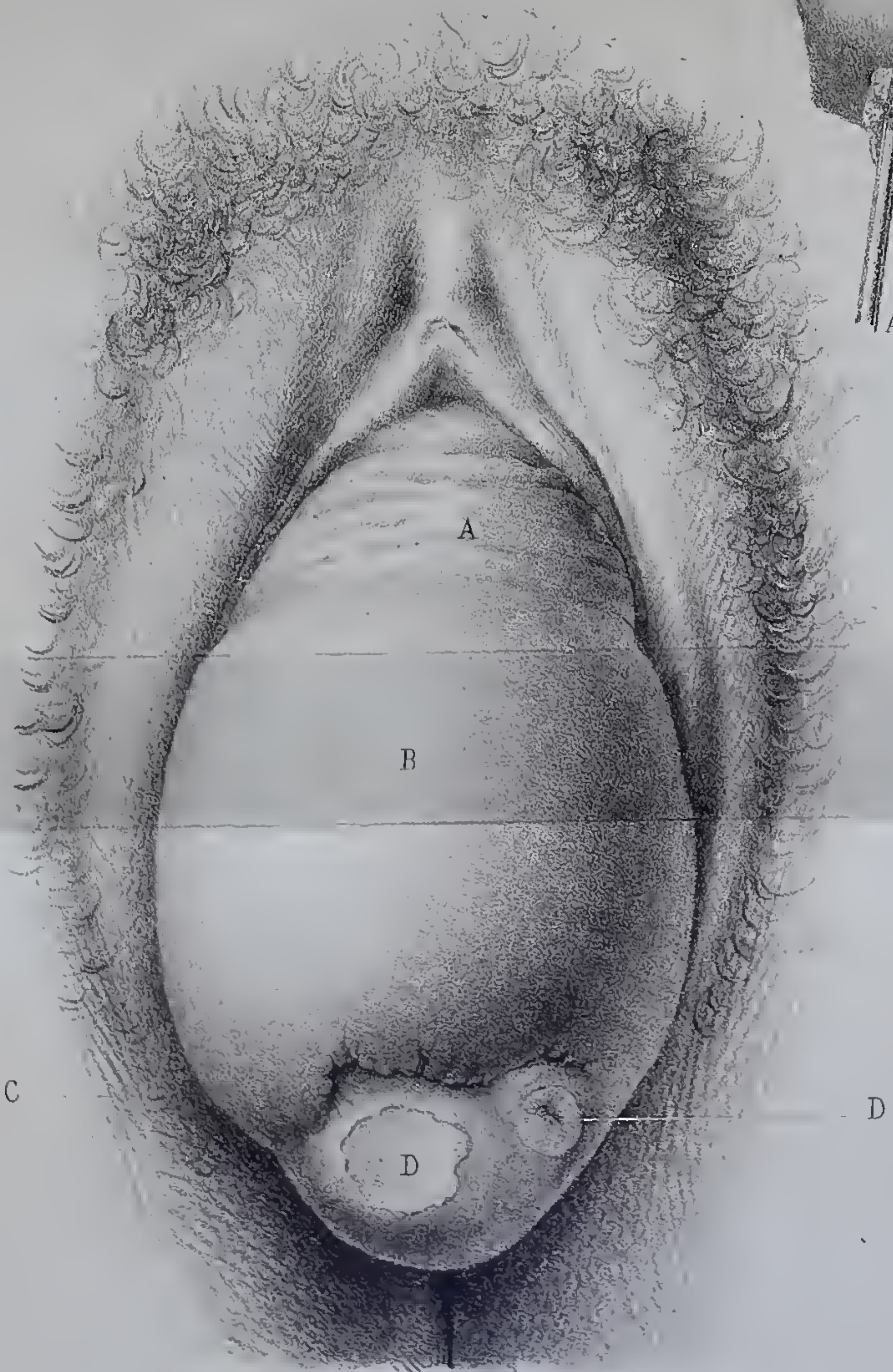
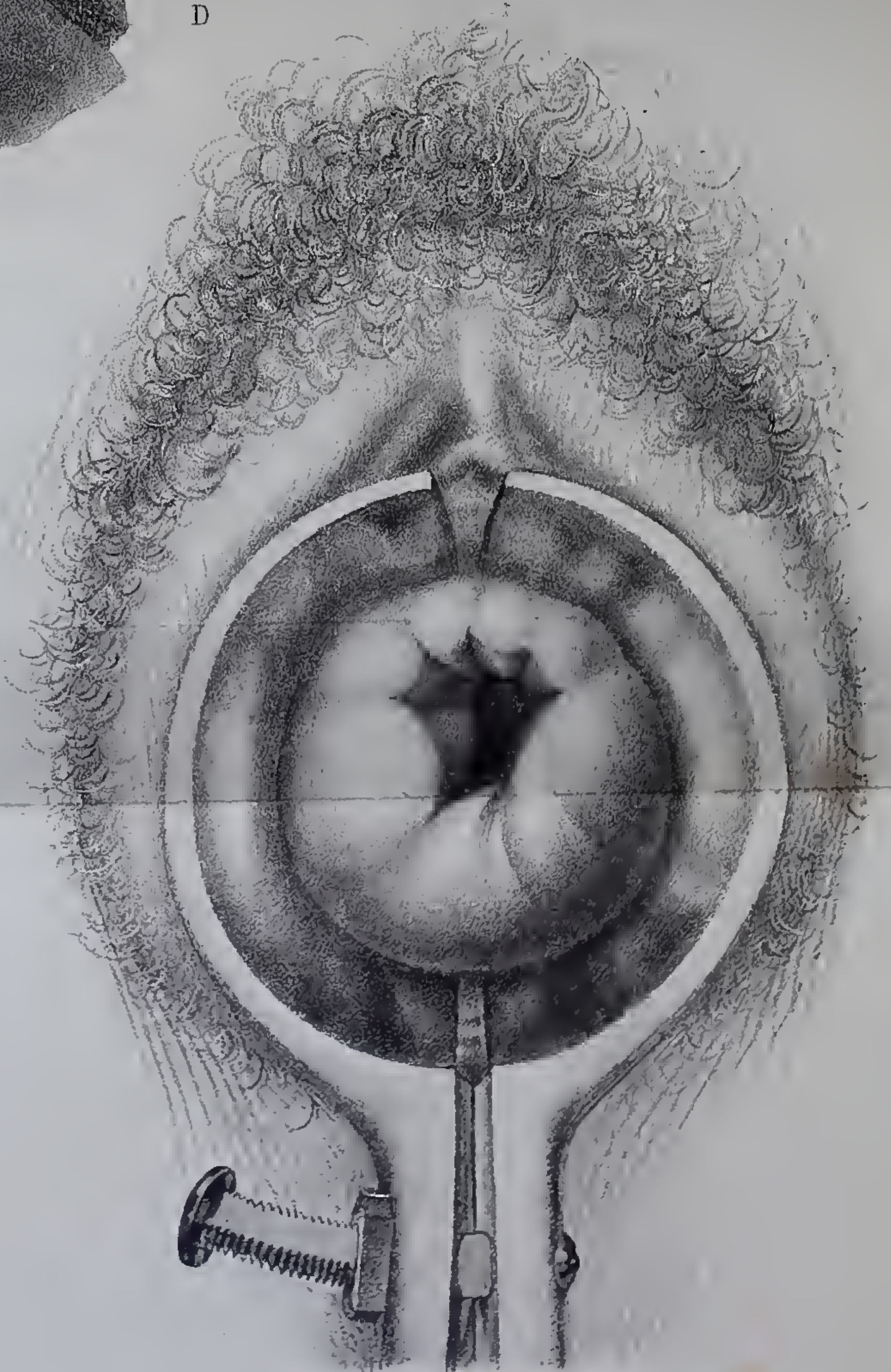


Fig. 5.



P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.

20

5

